



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER
ROBERT PAX
2 rue René-François Jolly
BP 90619
57211 SARREGUEMINES

MARS 2018

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	10
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	10
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	10
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	10
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	10
5. SUIVI DE LA DÉCISION	10
PROGRAMME DE VISITE	11
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	11
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	11
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	13
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	14
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	20
DROITS DES PATIENTS	25
PARCOURS DU PATIENT	29
DOSSIER PATIENT	35
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	39
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	46
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	51
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN MÉDECINE NUCLÉAIRE	57
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	64
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	69
GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT	75

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

La certification mise en œuvre par la Haute Autorité de santé a pour objet d'évaluer la qualité et la sécurité des soins dispensés et l'ensemble des prestations délivrées par les établissements de santé. Elle tient compte notamment de leur organisation interne et de la satisfaction des patients.

Il s'agit d'une procédure obligatoire qui intervient périodiquement tous les 4 ans.

La certification consiste en une appréciation globale et indépendante de l'établissement afin de favoriser l'amélioration continue des conditions de prise en charge des patients. Elle s'attache plus particulièrement à évaluer l'existence et la maturité de projets relatifs à la qualité et à la sécurité et en conséquence, la capacité de l'établissement à identifier et maîtriser ses risques et à mettre en œuvre les bonnes pratiques.

Pour conduire son évaluation, la Haute Autorité de santé se réfère à un référentiel qu'elle a élaboré : le Manuel de certification publié sur son site internet. La version du Manuel de certification applicable est celle en vigueur à la date de la visite.

Si elle ne se substitue pas aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire diligentés par les autorités de tutelle, la certification fournit aux ARS une évaluation externe qualifiée sur le niveau de maturité des différentes composantes de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé.

Elle est une certification globale et non une certification de toutes les activités de l'établissement. En effet, le dispositif mis en place (référentiel général, visite non exhaustive, experts-visiteurs généralistes) porte sur le fonctionnement global de l'établissement et n'a pas vocation à analyser spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

2. La certification V2014

Le développement d'une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité dans les établissements de santé nécessite une étape première de développement d'une culture partagée et d'une maîtrise des processus transversaux clés pour la qualité et la sécurité des soins.

Avec la V2014, la certification évalue :

- l'existence d'un système de pilotage de l'établissement pour tout ce qui a trait à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge dans chacun des secteurs d'activité ;
- les résultats obtenus mesurés par l'atteinte d'un niveau de qualité et de sécurité sur des critères jugés essentiels à savoir les « pratiques exigibles prioritaires » (PEP).

Ce double regard permet à la certification de s'adapter aux diverses situations des établissements et offre à ces derniers un diagnostic régulier favorisant l'actualisation des plans d'actions d'amélioration, tant sur les aspects managériaux que sur les aspects opérationnels.

Pour la V2014, la HAS a choisi une approche par thématique. Une liste de thématiques a été établie qui fait la correspondance avec les critères du Manuel de certification.

Pour chaque établissement, la Haute Autorité de santé établit un programme de visite comprenant :

1. Des audits sur :

- des thématiques communes à tous les établissements de santé ;
- des thématiques spécifiques à l'établissement définies par la HAS après analyse du compte qualité de l'établissement, du document d'interface HAS-établissement-Tutelles et de toute autre information dont elle a eu connaissance.

• et, par exception, sur des thématiques supplémentaires ajoutées en visite dans le cas où un dysfonctionnement est observé sur une thématique non inscrite au programme initial de visite.

2. Des investigations selon la méthode du patient-traceur : cette dernière permet d'évaluer la prise en compte des critères de la certification dans le registre de la prise en charge réelle d'un patient.

Le présent rapport rend compte de l'évaluation réalisée par les experts-visiteurs sur l'existence d'un système de pilotage de l'établissement pour ce qui a trait à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge dans chacun des secteurs d'activité (avec une obligation de résultat sur des critères jugés prioritaires - les PEP) ainsi que sur la maturité des démarches qualité risques, en particulier leur déploiement au plus près des équipes et de la prise en charge des patients.

Etabli après une phase contradictoire avec l'établissement, le rapport de certification est transmis à l'autorité de tutelle. Il est rendu public.

3. Les niveaux de certification

Sur chaque thématique investiguée en visite, la Haute Autorité de santé peut prononcer :

- des recommandations d'amélioration,
- des obligations d'amélioration,
- des réserves.

Les recommandations d'amélioration, les obligations d'amélioration et les réserves traduisent le niveau de maturité de chaque thématique évaluée c'est-à-dire la capacité de l'établissement à maîtriser les risques identifiés, à atteindre les objectifs de la thématique et à fonctionner selon un dispositif d'amélioration continue. La maturité de chaque thématique est fondée sur les conformités et écarts identifiés au cours de la visite de certification, pour chaque sous-étape du « PDCA » ; l'ensemble répondant à la définition d'un niveau de maturité objectivé dans une grille de maturité établie par la HAS.

Dans certaines situations, les recommandations d'amélioration, les obligations d'amélioration et les réserves peuvent traduire l'existence d'une situation à risque pour les personnes non maîtrisée par l'établissement.

Au final, la HAS décide, les niveaux de certification suivants :

- une décision de certification (A),
- une décision de certification assortie d'une ou plusieurs recommandations d'amélioration (B) sur les thématiques investiguées en visite,
- une décision de certification assortie d'une ou plusieurs obligations d'amélioration (C) (et d'éventuelles recommandations d'amélioration) sur les thématiques investiguées en visite,
- une décision de non-certification (E).

La HAS peut également décider de surseoir à statuer pour la certification (D) en raison de réserves sur les thématiques investiguées en visite, ou d'un avis défavorable à l'exploitation des locaux rendu par la commission qui en est chargée dans chaque département.

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

Audit de processus : <i>Sigle AP</i>	Méthode qui consiste à évaluer le management, l'organisation et la mise en œuvre effective d'un processus (une des thématiques V2014) afin de mesurer sa conformité aux exigences et sa capacité à atteindre les objectifs. Mené selon la logique du « PDCA », l'audit de processus analyse les contributions respectives des responsables du processus et des acteurs de terrain, la manière dont le management mobilise les équipes opérationnelles, mais également la capacité des équipes opérationnelles à rétroagir sur les pilotes du processus.
Conformité	Satisfaction à une exigence portée par la thématique et référencée au manuel.
Ecart	Non satisfaction d'une exigence portée par la thématique et référencée au manuel. Chaque écart est étayé d'une preuve et de sa source.
Élément d'investigation obligatoire	Élément-clé d'une thématique nécessitant une investigation obligatoire par l'expert-visiteur et une mention systématique dans le rapport qu'il s'agisse d'une conformité ou d'un écart.
Maturité	Traduction, pour chacune des sous-étapes du PDCA des thématiques investiguées, du niveau atteint par l'établissement dans la maîtrise de la définition et de la structuration de son organisation, de la mise en œuvre opérationnelle et de la conduite des actions d'évaluation et d'amélioration. On distingue 5 niveaux de maturité : fonctionnement non défini, de base, défini, maîtrisé, optimisé.
Méthode PDCA <i>Sigle P / D / C / A</i>	Sigle représentant la Roue de Deming ou le cycle d'amélioration continue de la qualité : <ul style="list-style-type: none"> - P = Plan : prévoir - D = Do : réaliser - C = Check : évaluer - A = Act : agir ou réagir
Objectifs et programme de visite	Les objectifs de visite, établis en amont de la visite par la HAS, consistent à contextualiser les audits sur des thématiques communes à tous les établissements, motiver le choix des audits sur des thématiques spécifiques à l'établissement (1 à 3 audits) et définir les investigations selon la méthode du patient-traceur. Cela se traduit, pour chaque établissement, par l'élaboration d'un programme de visite.
Patient traceur : <i>Sigle PT</i>	Méthode d'évaluation rétrospective qui consiste, à partir d'un séjour d'un patient hospitalisé, à évaluer les processus de soins, les organisations et les systèmes qui concourent à sa prise en charge.
Preuve	Justification de l'écart, c'est-à-dire ce qui a été observé ou entendu au travers des différents entretiens, visites terrain ou patient traceur.
Qualification des écarts	Niveau de criticité de l'écart identifié et conformité en synthèse collective. Il existe en 3 niveaux de qualification : <ul style="list-style-type: none"> - <u>Point sensible</u> : <ul style="list-style-type: none"> o Ecart qui n'entraîne pas de risque direct pour le patient ou les professionnels. o Ou, écart qui n'entraîne pas de risque de rupture de système (par exemple, par manque d'antériorité, de structuration et/ou d'appropriation). - <u>Non-conformité</u> : <ul style="list-style-type: none"> o Ecart entraînant un risque direct pour le patient ou les professionnels o Ou, écart indiquant une rupture du système. - <u>Non-conformité majeure</u> : <ul style="list-style-type: none"> o Ecart indiquant des faits ou manquements mettant en jeu la sécurité des patients ou des professionnels de manière grave et immédiate et pour lequel il n'existe aucune mesure appropriée de récupération ou d'atténuation o Ou, absence ou défaillance totale du management d'une activité sur une thématique donnée.
Référentiel applicable	Exigences du manuel de certification, incluant la réglementation et les éléments issus du processus décisionnel de la HAS.

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

2.1 La caractérisation générale qui précise la problématique de la thématique. Cette partie, élaborée par la HAS, est identique pour tous les établissements de santé.

2.2 Les résultats de l'établissement :

- a. **Une représentation graphique** permet à l'établissement de visualiser son niveau de maturité à partir des colorations obtenues et d'évaluer sa marge de progrès.
- b. **Une synthèse générale sur le niveau de maîtrise de la thématique.** Rédigée selon les étapes du PDCA, elle présente les conformités et les écarts observés lors de l'audit processus et intègre le cas échéant, les constats des évaluations par patient-traceur.
- c. **Un tableau des écarts** qui recense l'ensemble des écarts relevés, tels qu'énoncés dans la synthèse. Chaque écart y est qualifié et rattaché au référentiel applicable. **Non publié**, ce tableau n'est à disposition que de l'établissement qui peut ainsi savoir précisément, ce qui doit être amélioré.

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER ROBERT PAX	
Adresse	2 rue rené-françois jolly 57211 SARREGUEMINES
Département / région	MOSELLE / GRAND-EST
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens	570026583	GCS DES HOPITAUX DE SARREGUEMINES	1 rue calmette Bp 80027 57212 SARREGUEMINES
Entité juridique	570000158	CH DE SARREGUEMINES - HOPITAL ROBERT PAX	2 rue René-François JOLLY 57211 SARREGUEMINES
Etablissement de santé	570000901	CENTRE HOSPITALIER ROBERT PAX	2 rue rené-françois jolly Bp 90619 57211 SARREGUEMINES
Etablissement de santé	570015784	UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE DE L'HOPITAL DE BITCHE	1 a rue de lebach 57233 Bitche
Etablissement de santé	570000661	HOPITAL SAINT JOSEPH DE BITCHE	1 a rue de lebach 57233 Bitche
Etablissement de santé	570027169	GAMA CAMÉRA CH SARREGUEMINES SITE DE FREYMING MERLEBACH	2 rue de france 57804 FREYMING MERLEBACH

Activités					
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire	Nombre de journées d'HAD
HAD	HAD	/	/	/	/

MCO	Chirurgie	66	/	24	/
MCO	Gyneco-Obstétrique	21	/	/	/
MCO	Médecine	177	18	/	4755
SLD	SLD	30	/	/	/
SSR	SSR	30	/	/	/

Secteur faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité

Accréditation laboratoire COFRAC en 2016

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements

*CHR Metz Thionville le 19/08/2002 : Contrat relais pour la prise en charge des grands brûlés
*CHU NANCY le 05/11/2002 : Contrat relais pour les disciplines médicales et chirurgicales de l'hôpital d'enfants, la chirurgie plastique et reconstructrice de l'appareil locomoteur et la cardiologie, les maladies cardiaques et vasculaires et les urgences cardiologiques
*Hôpitaux Universitaires de STRASBOURG (HUS) le 06/02/2003 : Contrat relais pour la chirurgie infantile, la réanimation pédiatrique, la neurochirurgie, la chirurgie thoracique et la chirurgie cardio-vasculaire
*CH Marie Madeleine de FORBACH le 23/12/2005 : Convention de fonctionnement portant sur le transfert des nouveau-nés et de leur mère entre le CH de SARREGUEMINES siège d'un service d'obstétrique de niveau 1+ et le CH de FORBACH, siège d'un service d'obstétrique de niveau 2+
*GCS Télésanté Lorraine le 10/03/2009 : Convention constitutive du GCS
*Maternité Régionale A. PINARD NANCY (CHU) le 22/07/2010 : Convention en vue de l'organisation des transferts dans le réseau périnatal lorrain (transfert materno-fœtal, transfert néonatal)
*Direction régionale des Finances Publiques de Lorraine et du département de la Moselle (DGFP) le 03/02/2011 : Convention de service comptable et financier (relations entre les services de modernisation des chaînes de traitement de la dépense, optimisation des chaînes de recettes, amélioration de la qualité comptable et développement des prestations d'expertise et de conseil financier) et courrier du 07/09/2011 mise en place d'un audit relatif aux frais de déplacement à compter du mois de septembre 2011.
Une convention a découlé de l'audit (12/06/2012)
*Réseau Lorrain insuffisance cardiaque (ICALOR) le 15/06/2011 : Convention relative à l'intervention du réseau ICALOR au CH de Sarreguemines. Convention constitutive du réseau du 21.11.2005. Charte du réseau. Documents relatifs à l'assemblée générale du 12.06.2010.
*GCS de moyens avec le CHS de Sarreguemines le 30/12/2011 (arrêté du 30 décembre 2011):
- Pôle logistique : blanchisserie hospitalière, magasin central, cuisine
- Pôle technique : ingénierie, architecture et plans, espaces verts, ateliers, chauffage et garage.
- Pôle administratif : informatique, économiques, services des finances et de l'analyse de gestion, secrétariat de direction, service qualité et gestion des risques, communication et reprographie, service de la médecine du travail
*Hôpital St Joseph EHPAD de Sarralbe le 10/07/2012 : Convention relative aux modalités d'intervention de l'équipe mobile en soins

palliatifs (ESMP)

*Etablissement Français du Sang Lorraine Champagne (EFS) le 31/07/2012 : Convention de renouvellement d'un dépôt de sang
Avenant n°1 le 05/06/2014 modifiant l'article 2 intitulé désignation du responsable dépôt de sang, modifiant annexe 1 intitulée fonctionnement du dépôt et modification de l'annexe3 intitulée approvisionnement du dépôt
Avenant n° 2 le 12/02/2015 nouveau matériel de conservation

*Département de la Moselle, Conseil Général le 22/10/2012 : Convention relative au fonctionnement d'un centre de planification ou d'éducation familiale CPEF + avenant pour Bitche

*CPAM de la Moselle le 18/12/2012 : Programme d'accompagnement à domicile volet maternité PRADO
Avenant n°1 le 13/08/2014 concernant le programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO).

*CHIC UNISANTE + de Forbach ARS Lorraine le 14/11/2013 : Accord Cadre de la Communauté Hospitalière de Territoire de Moselle Est

*Caisse Nationale autonome de sécurité sociale dans les mines (CARM EST) le 10/01/2014 : Accord Cadre (coopération afin de réaliser les opérations de transferts prévues au projet médical de Moselle est PMME) Freyming Merlebach (laboratoire, scanner, médecine nucléaire, consultations avancées, rééducation, blanchisserie)

*CHIC UNISANTE + de Forbach le 28/02/2014 : Convention inter-établissement définissant les modalités de fonctionnement des coordinations hospitalières de prélèvements d'organes et de tissus de Moselle –EST (PMO)

*CHIC UNISANTE + de Forbach le 27/03/2014 : Convention de transfert entre l'unité de surveillance continue (USC) du CHIC Unisanté + et la réanimation du CH de Sarreguemines

*Association Lorraine pour le traitement de l'insuffisance Rénale (ALTIR) en partenariat avec le SMUR le 03/04/2014 : Convention d'intervention médicale d'urgence

*CHIC UNISANTE + de Forbach le 16/09/2014 : Convention de mise à disposition de praticiens du service d'urologie de l'hôpital Robert Pax de Sarreguemines au profit de l'hôpital Marie-Madeleine de Forbach

*CHU NANCY, CHR METZ THIONVILLE, CH EPINAL, CH VERDUN le 09/10/2014 : Convention relative à la mise à disposition de personnel de coordination hospitalière entre les cinq établissements de santé lorrains autorisés aux prélèvements d'organes (PMO) PRELOR

*CHIC UNISANTE + de Forbach le 09/01/2015 : Convention relative à la permanence territoriale des soins (PDSES) en ORL sur le territoire Moselle-Est

*CHU NANCY le 05/03/2015 : Convention de coopération de téléexpertises d'imagerie médicale (consultations multidisciplinaires neurologiques et AVC)

*Hôpital de Freyming Merlebach le 13/03/2015 : Convention de prestation de cardiologie (service de médecine nucléaire)

*Cabinet d'audit (CERCLH) le 24/03/2015 : Convention de prestations intellectuelles (coaching sur le virage ambulatoire)

*CHIC UNISANTE+ de Forbach le 24/03/2015 : Convention de sous traitance préparation des anticancéreux injectables (UCPC chimiothérapie)

Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	médecine nucléaire depuis le 27/01/2015

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé décide :
- la certification de l'établissement avec obligation d'amélioration (C).

2. Avis prononcés sur les thématiques

Obligation d'amélioration

Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

Recommandation d'amélioration

Dossier patient

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Les données relatives aux contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement ont été transmises par l'établissement et sont publiées au sein du présent rapport. Elles ont été visées par l'Agence Régionale de Santé.

4. Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de santé

La participation de l'établissement au recueil des indicateurs de la Haute Autorité de santé est effective.

5. Suivi de la décision

L'établissement transmettra à la Haute Autorité de santé un compte qualité supplémentaire dans un délai de 6 mois, indiquant les actions correctives conduites sur l'ensemble de ses obligations d'amélioration. Au terme de l'analyse de ce compte qualité supplémentaire, la HAS peut décider la certification de l'établissement éventuellement assorties de recommandations d'amélioration ou d'organiser une visite de suivi sur les obligations d'amélioration définies dans le rapport de certification.

PROGRAMME DE VISITE

La Haute Autorité de santé a défini des objectifs de visite, établis sous forme d'une liste de thématiques à auditer et de patients-traceur à réaliser.

Seuls les audits de processus inscrits dans les objectifs de visite font l'objet du présent rapport.

Dans le cas où un dysfonctionnement est observé en cours de visite sur une thématique non inscrite au programme de visite, les experts-visiteurs peuvent conduire des investigations supplémentaires et ajouter cette thématique au programme.

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Prise en charge des urgences et des soins non programmés
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire
Management de la prise en charge du patient en médecine nucléaire
Management de la prise en charge du patient en endoscopie
Management de la prise en charge du patient en salle de naissance
FONCTIONS SUPPORTS
Gestion des équipements et produits au domicile du patient

2. Liste des évaluations réalisées par la méthode du patient-traceur

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	"Chirurgie ambulatoire CH R. Pax SARREGUEMIN ES"	Ophtalmologie	Programmé		MCO
2	Adulte	"Chirurgie HC CH R. Pax SARREGUEMIN ES"	Digestive	Urgences		MCO
3	Adulte	"Médecine HC CH R. Pax	Cardiologie	Programmé		MCO

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
SARREGUEMIN ES"						
4	Adulte	"Médecine ambulatoire CH R. Pax SARREGUEMIN ES"	A définir	Programmé		MCO
5	Adulte	"SSR polyvalent HC Saint Joseph BITCHE"	A définir	Programmé	Avec transfert d'un service.	SSR
6	Sujet âgé	"SLD Saint Joseph BITCHE"	Polypathologies	Programmé		SLD
7	Adulte ou Sujet âgé	HAD	A définir	Programmé		HAD
8	Parturiente	Gynéco- Obstétrique	Accouchement par césarienne	Programmé		MCO

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

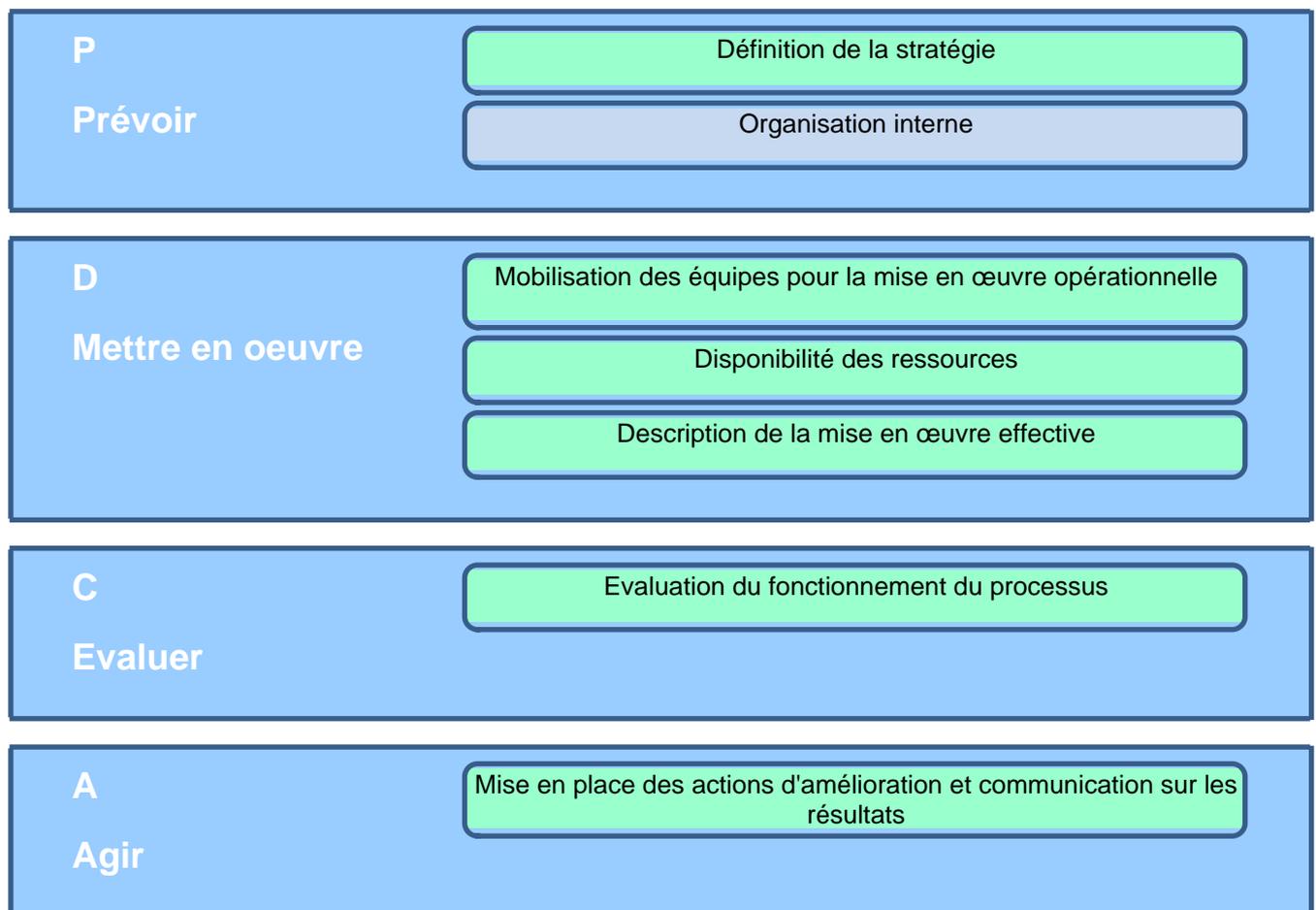
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place une démarche globale, collective, organisée et suivie de gestion de la qualité et des risques. L'établissement doit montrer que sa démarche n'est pas liée uniquement à des actions immédiates et correctives liées à des événements indésirables, une situation de crise ou à l'actualité, mais fondée sur une approche systémique de la qualité et des risques et intégrée au projet managérial. De plus, cette démarche globale doit intégrer la préparation aux situations sanitaires exceptionnelles dans le cadre du plan blanc.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'engagement de la direction dans le domaine de la qualité sécurité des soins se traduit par l'existence d'un volet qualité et gestion des risques dans le projet médical d'établissement 2016-2020 (axe 4).

Il existe une politique générale de management de la qualité et de la sécurité 2016-2020, réactualisée en 2016, inscrite dans les orientations stratégiques du CPOM 2012-2017 et portée par le management.

Cette politique intègre notamment la stratégie EPP, les obligations légales et réglementaires ainsi que la gestion de crise.

Ses objectifs sont :

- de renforcer le management par la qualité et la gestion des risques,
- de promouvoir le travail en équipe et la communication, à travers le programme qualité et gestion des risques,
- de garantir l'appropriation du dispositif de gestion documentaire par l'ensemble des professionnels, d'accompagner les professionnels de santé dans l'amélioration de leurs pratiques
- de mesurer le déploiement effectif du dispositif qualité et gestion des risques.

Les axes développés sont la qualité et gestion des risques, le management stratégique et gouvernance, la qualité de vie au travail, les droits des patients – bienveillance – fin de vie, le dossier patient, la prise en charge de la douleur, la prise en charge des troubles nutritionnels, la gestion du système d'information.

Le renforcement des dispositifs de gestion de crise (plan blanc, simulations...) fait partie des priorités identifiées.

Elle est validée par les différentes instances et révisée annuellement, diffusée à l'ensemble des professionnels via le logiciel GDR.

D'autres politiques institutionnelles participent également à la dynamique d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques : politiques des EPP, du management du système qualité de la prise en charge médicamenteuse, de lutte contre les infections associées aux soins, d'identitovigilance, de qualité du laboratoire de biologie médicale, de sécurité du système d'information, de développement durable.

Les tableaux de bord comprennent des indicateurs d'activité, de ressources et de qualité adaptés à la conduite du projet d'établissement.

Il existe une stratégie concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins (communication régulière des objectifs et des résultats des indicateurs et des tableaux de bord aux professionnels et aux usagers, réunions, journées dédiées).

La contractualisation récente, dans le domaine de la qualité et de la sécurité des soins, entre la direction et les chefs de pôles, traduit l'engagement d'une volonté institutionnelle de pérenniser et de développer la culture qualité gestion des risques au sein des services (existence d'un volet qualité gestion des risques dans chaque contrat de pôle en cours de validation).

La gouvernance de l'établissement favorise la déclaration des événements indésirables par la diffusion d'une charte d'amélioration de la culture sécurité signée du directeur et diffusée via intranet à l'ensemble des professionnels.

L'établissement a identifié ses besoins, analysé et hiérarchisé ses risques avec les professionnels concernés.

La mise en œuvre de cette politique est traduite dans un programme global d'amélioration de la qualité et de gestion des risques.

Néanmoins, l'évaluation des risques réalisée par l'établissement ne permet pas toujours d'avoir une visibilité des risques propres aux secteurs d'activité. Si le recensement des risques s'est réalisé pour la plupart des secteurs à partir de données sources propres à l'établissement (certification, profil de risque, audits, EI, IQSS et indicateurs internes, patients traceurs, rapports d'inspection, etc.), les éléments d'investigation obligatoires des thématiques ont été déclinés de manière systématique en tant que risques, sans que ces derniers ne soient identifiés comme des risques réels de l'établissement. De ce fait, le compte qualité comprend un nombre important de risques pour l'ensemble des processus analysés, avec une difficulté de priorisation et de déclinaison des plans d'actions en regard (exemple : risques critiques sans actions en regard, risques côtés comme risque prioritaire avec action en regard prévue sur du long terme).

Le programme est unique pour l'établissement et prend en compte l'ensemble des éléments attendus, validé et connu (actions issues des analyses de processus, FEI, CREX, RMM, COPIL RPS, audits, CPOM, V2010), sous forme de fiches actions avec désignation d'un pilote et échancier, état d'avancement et appréciation de l'efficacité des actions.

Le programme est présenté annuellement aux instances de l'établissement dont la CDU.

ORGANISATION INTERNE

Début 2016, la direction qualité et gestion des risques (QGDR) a été réorganisée en fonction des nouveaux impératifs de collaboration (GHT). Ainsi, une seule équipe conduit et manage la politique QGDRU des hôpitaux de Sarreguemines (CH et CHS). Les effectifs de l'équipe QGDR ont été renforcés.

Un nouveau coordonnateur de la gestion des risques a été nommé en 2016 sur les deux établissements. Un comité stratégique de pilotage, composé du directeur et par délégation du directeur de la QGDR, du directeur de la stratégie et de la gouvernance, du président de CME, des directions des soins (Hôpitaux Robert Pax et Saint Joseph), du coordonnateur de la gestion des risques, des chefs de pôles, du responsable QGDR, du gestionnaire des risques, du référents QGDR de l'hôpital de Saint Joseph, met en œuvre la politique générale de management de la qualité et de la sécurité à l'échelle de l'établissement et assure une coordination des différentes composantes du système qualité et gestion des risques. Le pilotage se fait en étroite collaboration avec le directeur et le président de CME.

L'établissement assure la mobilisation de toutes les compétences utiles pour l'exercice de la coordination de l'activité de gestion des risques associés aux soins. Ainsi, la direction QGDR aux hôpitaux de Sarreguemines est composée d'un directeur QGDR (50%), d'un ingénieur QGDR-responsable du service, d'un TSH faisant fonction d'ingénieur QGDR, d'un coordonnateur de la gestion des risques - cadre de santé, d'un TSH Gestionnaire des risques, d'une TSH Qualificienne (40%), d'un IDE référent QGDR sur le site de Bitche, d'une assistante Qualité (60%), d'une secrétaire (80%).

Le rôle et les responsabilités des professionnels en matière de qualité, gestion des risques et vigilances, sont définis et précisés dans les fiches de poste.

La direction QGDR pilote, met en œuvre, contrôle et réajuste le programme d'actions issu de la politique QGDR.

Elle organise, et assure le suivi des instances suivantes :

- Le comité de GDR (Revue des EI) qui se réunit de manière hebdomadaire, afin d'analyser, et traiter les Evénements Indésirables, et assurer un suivi et un retour au déclarant.
- Le COVIRIS/VIGIRISK qui assure la coordination entre les différentes vigilances, la veille sanitaire et la gestion globale de la qualité et des risques de l'établissement.
- La commission EPP/DPC, récemment réactivée, qui permet le déploiement et la mise en œuvre des démarches EPP avec l'engagement effectif des professionnels (notamment RMM et RCP dans les secteurs concernés).
- Des réunions RMM institutionnelles et pluriprofessionnelles planifiées de manière annuelle ou organisées ponctuellement dans les services.

Elle collabore par ailleurs étroitement avec les différentes instances (CLIN, CLAN, CLUD, Csth, CDU, CHSCT ...).

Le dispositif d'évaluation de la satisfaction des usagers est organisé (questionnaires de sortie, e-satis, diffusion des résultats en CDU, suivi du taux de retour des questionnaires de sortie).

La veille réglementaire est organisée par la direction qualité.

L'établissement s'est mobilisé pour l'élaboration du compte qualité, par la nomination de pilotes pour chaque thématique ayant reçu une lettre de mission cosignée de la directrice qualité et le président de CME, une formation et un accompagnement méthodologique de la direction qualité.

Les actions de formation sont intégrées dans le plan de formation global de l'établissement (nouveaux arrivants, formation au logiciel QGDR, formation au processus de hiérarchisation et d'analyse des causes des EI, participation aux formations et sensibilisations concernant des thématiques spécifiques comme l'hygiène, l'identitovigilance, le patient traceur...).

La gestion documentaire et informatisée, au moyen d'un logiciel spécifique, acquis depuis 2013. Des guides d'utilisation sont diffusés et des indicateurs de suivi sont mis en place (docs en signature, en cours de rédaction, nécessitant une révision), concourant à assurer une bonne maîtrise documentaire.

Les documents utiles sont identifiés et formalisés en fonction des besoins et des risques spécifiques (procédure de gestion d'un évènement indésirable et d'une vigilance réglementaire, protocoles CREX, RMM, plan blanc, documents liés à l'hémovigilance et la sécurité transfusionnelle, circuit de gestion d'une plainte et d'une réclamation, organisation des campagnes IPAQSS et diffusion des indicateurs QSS, questionnaires de satisfaction des usagers...).

Des outils d'aide et d'accompagnement à destination des secteurs d'activité (grilles d'analyse des risques, EPP...) sont mis à disposition des professionnels.

Les modalités de communication sont définies notamment celles relatives à la diffusion des résultats des indicateurs et des tableaux de bord aux professionnels et aux usagers.

Des activités sont organisées au cours desquelles les thèmes qualité et sécurité sont abordés (réunions, semaine de la sécurité, journées dédiées, affichage à destination des professionnels et des patients...).

Le système de gestion des plaintes et réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables (participation de l'AAH au comité GDR).

La direction QGDR recueille les Analyses de Pratiques Professionnelles réalisées au sein des unités de soins et réalisées dans le cadre du DPC, en lien avec la direction des ressources humaines.

Une coordination est organisée entre l'établissement et les structures régionales (ou interrégionales) et nationales de qualité, vigilance et veille sanitaire.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les cadres sont informées des actions du PAQSS et de leur suivi en réunion de cadre, où un point qualité est systématiquement réalisé par le coordonnateur des risques associés aux soins. Elles transmettent

ensuite l'information aux professionnels, via la mise à disposition dans les postes de soins des relevés de conclusions des réunions et transmissions en staffs d'équipe. La mobilisation des cadres et des médecins autour du compte qualité, en particulier concernant les analyses des différents parcours, est effective. Le PAQSS est consultable dans l'ensemble des services de soins, au moyen du logiciel QGDR. Il est formalisé sous forme de fiches actions informatisées permettant de structurer un programme propre à chaque service et d'en assurer le suivi par les responsables des services. Les points critiques des processus à risque sont sous surveillance et contrôlés au niveau de chaque secteur d'activité concerné.

La direction qualité a déployé des moyens de communication auprès des professionnels concernant le programme d'amélioration qualité sécurité des soins et son évolution (diffusion d'une brochure « les fondamentaux de la démarche processus certification V2014, PAQSS et cartographies des processus accessibles sur le logiciel QGDR). Les professionnels rencontrés sont informés de l'analyse des EI du secteur (participation aux CREX, Staffs, communication de l'encadrement sur les retours des EI).

Néanmoins, les professionnels ne sont pas toujours informés sur la mise en œuvre et l'évolution de la politique de la qualité et de la sécurité des soins. Lors de la rencontre auprès des équipes des services, les soignants interrogés ne connaissent pas les risques identifiés de leur secteur et n'ont pas de vision des actions menées par rapport à ces risques.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs sont adaptés aux risques et aux besoins liés aux activités.

Les professionnels en poste sont formés. Les nouveaux arrivants sont formés à l'utilisation du logiciel QGDR. De nombreux référents sont nommés (correspondants hygiène, douleur, médicaments, IQSS, CLAN).

Les documents utiles pour réaliser les missions sont accessibles. Le dispositif de gestion documentaire informatisé est connu par les professionnels. Le système de mise à jour des documents est opérationnel.

Les professionnels ont accès aux documents qui les concernent et ont la possibilité de participer à leur élaboration (ex : dossiers spécifiques précautions standards, décès, transfusion, outils d'aide pour la mise en œuvre des EPP, RMM, procédure de gestion des événements indésirables, procédures spécifiques aux vigilances, procédures d'alerte pour les situations de crise et les plans blancs, les procédures spécifiques au secteur d'activité, guides de bon usage des soins, cartographies ou documents de synthèse sur l'identification des risques du secteur d'activité ...).

Le système d'information est en place et adapté aux besoins, avec accessibilité des professionnels au logiciel QGDR sur les ordinateurs des services.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La déclinaison opérationnelle du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est structurée.

Le dispositif de gestion des événements indésirables est approprié et connu des professionnels rencontrés, permettant une analyse des causes notamment profondes, selon une méthodologie adaptée et associant les acteurs concernés. (16 CREX et 5 RMM institutionnelles en 2016).

Les équipes participent à l'élaboration des procédures et autres documents, à la déclaration, à l'analyse des causes profondes et au traitement des EI. La culture du signalement des EI est effective, comme l'atteste le bilan 2016 (423 EI déclarés dont 172 déclarations de chute, 22 CREX et 14 RMM).

Ils sont sollicités pour la mise en œuvre d'actions d'amélioration issues des évaluations de pratiques (EPP, RMM, CREX, RCP, audits), du recueil des IQSS, du traitement des plaintes et réclamations, du retour des questionnaires de satisfaction des usagers.

Ils participent aux activités au cours desquelles des thèmes qualité et sécurité sont abordés (réunions, forum, séminaires, journées dédiées, actions de sensibilisation des patients...).

Le plan blanc de l'établissement est opérationnel et fait l'objet d'un exercice annuel destiné à tester tout ou partie de sa mise en œuvre.

La participation de la CDU à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme QGDR est effective, avec des actions d'amélioration qui lui sont propres. Elle est informée des résultats des évaluations de la satisfaction des usagers. Le dispositif de recueil des attentes des usagers et de leur niveau de satisfaction est opérationnel. Ces dernières sont prises en compte lors de l'élaboration des projets de secteur d'activité ou d'établissement. Les plaintes et réclamations sont analysées, impliquant les professionnels et représentants des usagers et contribuant à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge. Dans le cas d'une plainte, le plaignant est informé des suites données et des éventuelles actions correctives mises en œuvre.

Les représentants des usagers sont très impliqués dans le fonctionnement de l'établissement et au niveau des instances dont la CDU. A ce titre, ils examinent chaque réclamation et plainte et suggèrent soit des actions d'amélioration soit le mode d'analyse de l'évènement (CREX, RMM, groupe de travail). En 2015, les représentants des usagers ont participé à des groupes de travail dont celui sur la refonte du questionnaire de satisfaction et celui sur la refonte du formulaire des directives anticipées.

Ils participent également à la dégustation de menus de régimes proposés aux patients, à des formations sur les droits des patients et l'éthique proposées aux professionnels et aux journées à thème sur les droits des patients. L'intervention des associations dans les secteurs d'activité est facilitée.

Les instances du management de la qualité gestion des risques (comité GDR, COVIRIS, commission EPP, CDU, CSTH, Comité Ethique) sont opérationnelles et se réunissent à périodicité définie, avec diffusion des

comptes rendus sur le logiciel QGDR.

Les documents constituant des éléments de preuve du bon fonctionnement du processus sont disponibles (fiches d'événements indésirables, fiches de retour d'expérience, fiches liées aux vigilances, tableau de bord des indicateurs, tableau de bord des EPP, questionnaires de satisfaction des patients, retour d'expérience d'exercice ou de déclenchement du plan blanc, etc.).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du système de management de qualité/gestion des risques pour mesurer l'efficacité du processus au regard des objectifs initiaux, est réalisée sur la base :

- du recueil et de l'analyse de l'ensemble des données et évaluations issues des secteurs d'activité,
- d'évaluations réalisées à l'échelle de l'établissement.

Les résultats sont synthétisés dans le tableau de bord de l'établissement en lien avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. Ce tableau de bord intègre le nombre d'EI et d'EI graves, le taux de retour des questionnaires de sortie, additionnés à E-SATIS, les indicateurs de maîtrise de la gestion documentaire, le nombre de plaintes et réclamations, le nombre de communication relative à la QGDR, aux démarches EPP....

Le tableau de bord des EPP est revu annuellement avec réévaluation de l'état d'avancement des EPP existantes et intégration des nouvelles EPP engagées et choisies selon le profil de risques de l'établissement.

Une RMM institutionnelle et des CREX sont en place.

La méthode du patient traceur est déployée.

L'évaluation de la satisfaction des usagers est suivie en lien avec la CDU.

Le coordonnateur des risques associés aux soins présente annuellement en COVIRIS un bilan global de la gestion des risques et des vigilances.

Un bilan annuel des questionnaires de satisfaction et des plaintes et réclamations, est réalisé et inclus dans le rapport d'activité de la CDU.

Le programme d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques fait l'objet d'une évaluation annuelle et de réajustements nécessaires lors d'une réunion du comité stratégique de pilotage QGDR. Le programme est évalué au vu de l'atteinte des objectifs par rapport au degré de réalisation des plans d'actions. Les délais de mise en œuvre des actions d'amélioration sont respectés ou, le cas échéant, argumentés.

Ces bilans sont présentés aux instances consultatives (CME et CSIRMT), en CDU, puis aux instances délibératives (Conseil de Surveillance et Directoire) pour validation.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

La stratégie de l'établissement est ajustée en fonction du suivi des indicateurs et comprend le suivi des adaptations éventuelles.

Le PAQSS est réajusté en fonction des résultats des évaluations. De nouveaux objectifs d'amélioration mesurables sont définis. Un suivi de son état de maturité est réalisé lors de chaque comité stratégique, avec le taux d'actions menées, en cours, non réalisées, abandonnées ou en retard.

Une révision a minima quinquennale de la politique de management de la qualité et de la sécurité et de la stratégie de développement de l'EPP est réalisée et validée en comité stratégique de pilotage, avec déclinaison de nouvelles orientations et objectifs d'amélioration.

La Direction QGDR intervient de façon régulière lors de publications dans les journaux internes, sur le site intranet, et en réunion des cadres, où elle relaye, promeut, et communique sur toutes les actions concourant à la mise en œuvre des démarches de certification, des EPP, REX, des campagnes de recueil des IQSS et autres indicateurs. Les résultats des indicateurs nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels concernés, ainsi qu'aux usagers via un affichage et le site internet de l'établissement.

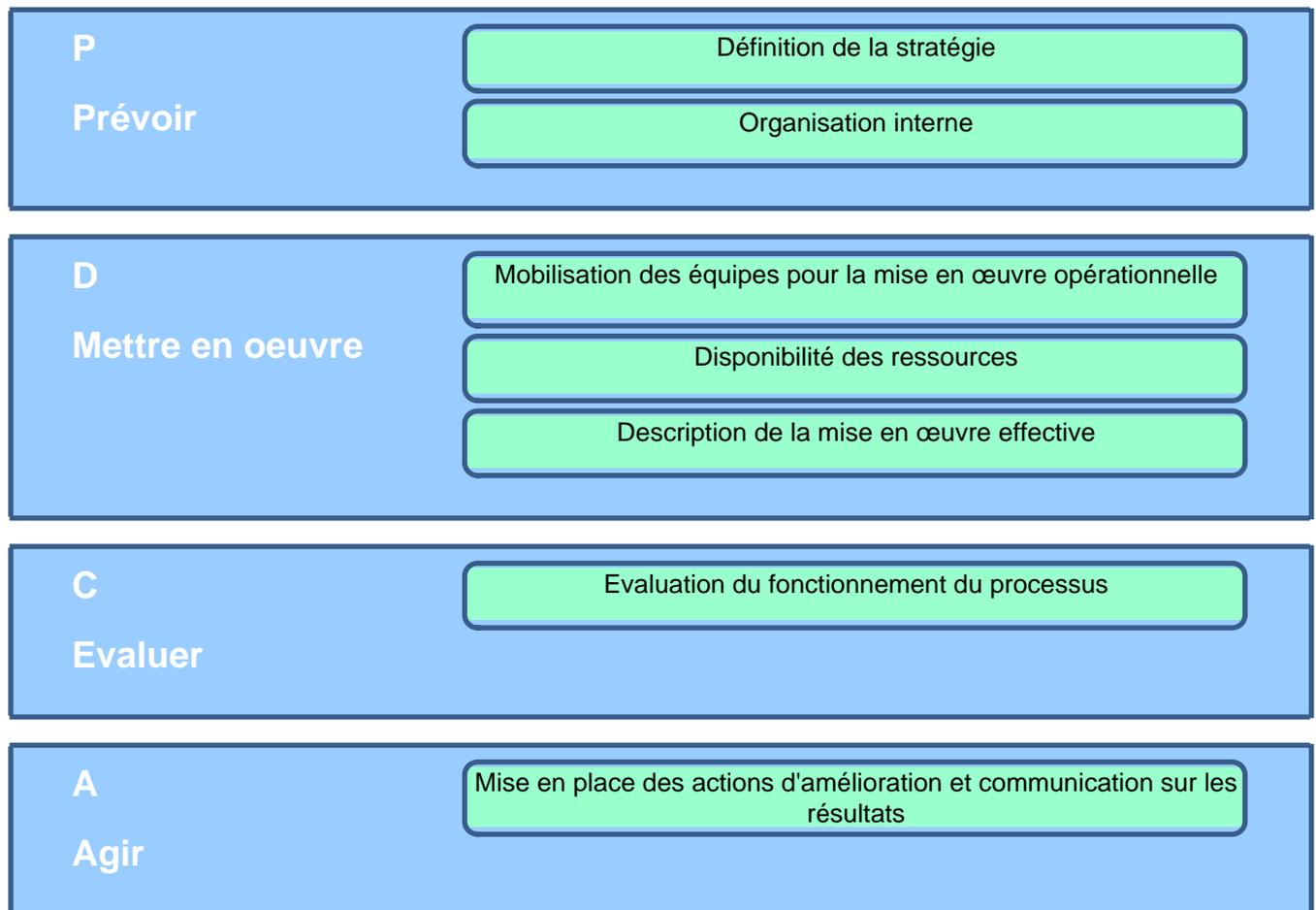
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

L'investigation de la thématique « Gestion du risque infectieux » vise à évaluer que l'établissement a établi et mis en œuvre un programme de maîtrise du risque infectieux adapté à son activité et en cohérence avec les objectifs nationaux. Ainsi, les activités à haut risque infectieux, telles que la réanimation, la néonatalogie, et les activités des secteurs interventionnels exigent un haut niveau de prévention et de surveillance. Le bon usage des antibiotiques doit permettre d'apporter le meilleur traitement possible au patient et de limiter l'émergence de bactéries résistantes. Il repose sur un effort collectif de l'ensemble des professionnels de santé. En outre, l'hygiène des locaux est un des maillons de la chaîne de prévention des infections nosocomiales.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie du Centre Hospitalier de Sarreguemines en matière de gestion du risque infectieux est formalisée dans un document établi par le praticien hygiéniste en collaboration avec un ingénieur qualité. Ce document a été établi à partir de la déclinaison locale des missions du Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) et de l'équipe opérationnelle définies dans la réglementation. Il a été validé en CLIN en septembre 2016 puis en comité médical d'établissement (CME) fin 2016.

Une analyse des risques a priori, a été élaborée au premier semestre 2016, sur la base des éléments d'investigation obligatoires de la Haute Autorité de Santé, et également sur les résultats de la certification précédente, les résultats des indicateurs nationaux du tableau de bord des infections associées aux soins, et les attentes réglementaires. Cette analyse a été élaborée par un ingénieur qualité et le médecin référent local anti-infectieux (MRLAI), puis amendé par le praticien et l'infirmière hygiéniste. La hiérarchisation des risques et leur niveau de maîtrise ont été établis.

Ces risques ont ensuite été priorisés, puis déclinés dans un programme d'actions formalisées, indiquant les fonctions des pilotes ainsi que les dates butoirs. Cette liste d'actions d'amélioration constitue le Programme d'Action Qualité et Sécurité des soins (PAQSS) de l'établissement. Le compte qualité a été alimenté par l'intégralité des risques identifiés et par les actions d'amélioration retenues au PAQSS. Ce programme d'actions a été présenté et validé au comité stratégique de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation de la gestion des risques infectieux au Centre Hospitalier de Robert Pax est basée sur le CLIN, dont le président est chirurgien urologue, sur l'équipe opérationnelle d'hygiène et sur les correspondants paramédicaux dans les services.

L'ensemble de cette thématique est co-piloté par le médecin référent local en antibiothérapie et le praticien hygiéniste. Ils sont connus et reconnus dans l'établissement. Leurs missions sont définies dans une fiche de poste. Concernant l'organisation mise en place pour le bon usage des antibiotiques, l'établissement a fait le choix de gérer ces problématiques au sein du comité du médicament et des dispositifs médicaux. La dynamique dans ce domaine repose sur la forte implication du médecin référent en antibiothérapie, associée à une collaboration étroite avec le praticien hygiéniste et l'un des pharmaciens de la pharmacie à usage intérieur et sur l'adhésion au réseau AntibioLor.

Au Centre Hospitalier de Sarreguemines, le bionettoyage est organisé de 4 façons différentes suivant les services :

- en réanimation et au bloc opératoire, il repose entièrement sur les aides soignants (AS) de ces services et est placé sous la responsabilité des cadres de santé de ces services ;
- dans les autres services de soins, il repose sur les Agents des Services Hospitaliers (ASH), pour ce qui est de l'environnement proche du patient, et est placé sous la responsabilité des cadres. Pour ce qui est des sols, sanitaires, etc, il est réalisé par les agents de service hospitalier de l'équipe centralisée ;
- pour les services médico-techniques (Imagerie médicale, Laboratoire, Urgences, Pharmacie dont l'Unité de Reconstitution des Cytostatiques, et Stérilisation) il repose sur les agents de services hospitaliers de l'équipe centralisée, ainsi que sur les manipulateurs radio, les laborantins, et les AS de stérilisation ;
- enfin, il est externalisé auprès d'un prestataire extérieur privé pour les unités sanitaires, et auprès du CH de Freyming pour les locaux de médecine nucléaire incluant la radiopharmacie.

Les besoins en compétences nécessaires sont définis : l'établissement s'est doté de 0,70 équivalent temps plein (ETP) de praticien hygiéniste, 0,80 ETP de cadre infirmier pour les sites de Freyming et Pax, et 0,20 d'IDE pour le site de Bitche. 0,30 ETP ont été attribués pour le médecin référent en antibiothérapie, et enfin, 1 plein temps pour la responsable de l'équipe centrale de bionettoyage. Leurs missions sont définies dans une fiche de poste. Des correspondants paramédicaux en hygiène ont été mis en place dans tous les services.

Le dispositif en place pour répondre aux besoins de compétences est basé :

- sur le plan de formation institutionnel qui inclut une cession de formation en hygiène par an pour les correspondants, et les demandes de formations individuelles ;
- sur des cessions pour les nouveaux arrivants sur 2 jours incluant un module obligatoire sur la gestion du risque infectieux ;

- sur des cessions proposées directement par l'équipe d'hygiène, la cadre de santé « équipe d'entretien hospitalier » ou le médecin référent en antibiothérapie. Ces cessions sont proposées aux AS, ASH pour les notions de base sur le bionettoyage et les infections nosocomiales, aux IDE et AS des services de soins sur des thématiques ponctuelles arrêtées au regard des besoins et priorités de l'établissement (formation sur les cathéters centraux, PICC Line, chambre implantable) et aux médecins avec la participation d'un intervenant du réseau AntibioLor.

Les besoins en ressources documentaires sont identifiés au fil de l'eau. Leur diffusion est assurée à partir de l'outil informatique institutionnel de gestion documentaire. L'outil AntibioGuide d'aide à la

prescription antibiotique est diffusé à l'ensemble des prescripteurs (sénior et internes) sous format papier. Les internes sont invités à télécharger l'App sur leur Smartphone au début de chaque semestre. Les ressources matérielles sont identifiées. Le schéma directeur du système d'information a classé priorité 3 (projet secondaire) le projet du CLIN. Ce projet comprend 4 volets : la gestion des infections nosocomiales, la gestion des enquêtes, les analyses statistiques, et les interfaçages en vue d'améliorer la détection des événements alertes. Les interfaces avec le laboratoire (responsable du signalement externe), les services de soins, les médico-techniques (dont le service chargé des travaux), l'ingénieur biomédical sont organisés. Les activités de contrôles bactériologiques environnementaux et de bionettoyage dans les unités sanitaires sont sous-traitées à un organisme externe. Elles font l'objet d'une convention. Les interactions avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et les usagers sont organisées par leur participation aux différentes réunions et instances.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Au Centre Hospitalier de Sarreguemines, la mobilisation des équipes concernant la gestion du risque infectieux repose sur les correspondants paramédicaux. Ceux-ci sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur, ils informent les professionnels des bonnes pratiques et transmettent les résultats d'audits. Ils sont coordonnés par l'équipe d'hygiène qui les réunit 1 fois par an.

La mobilisation des prescripteurs au bon usage des antibiotiques est basée sur la transmission par mail des comptes rendus du comité du médicament et des dispositifs médicaux dédiés aux anti-infectieux indiquant les objectifs, les évaluations, les résultats et les actions d'amélioration en cours dans ce domaine.

Enfin, dans les services, les AS et les IDE sont mobilisées par les cadres de santé qui sont également chargés de les inscrire aux formations (institutionnelles ou non).

Quant aux personnels affectés à l'équipe d'entretien hospitalier (EEH), la cadre de santé, secondée par l'IDE hygiéniste, informe régulièrement son équipe des actions d'amélioration et résultats des contrôles effectués.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences disponibles dans le domaine de la gestion du risque infectieux au Centre Hospitalier de Sarreguemines sont constituées du CLIN, de l'équipe opérationnelle d'hygiène, des correspondants en hygiène, du médecin référent local en anti-infectieux, et de la cadre de santé de l'équipe d'entretien hospitalier pour le bionettoyage. Des formations sont dispensées sur la gestion du risque infectieux (GRI) par l'équipe opérationnelle d'hygiène dans cadre du plan de formation institutionnel. Les nouveaux arrivants bénéficiant du dispositif d'intégration sont obligés de suivre le module sur la GRI. Les professionnels interrogés affirment avoir bien suivi une formation d'intégration lors de leur prise de fonctions dans l'établissement, avec parfois des retards par rapport à l'objectif de formation dans l'année d'embauche.

Concernant les compétences dans le domaine du bionettoyage, l'organisation permet de s'assurer que les 73 personnes de l'équipe (53 ETP) ont été formées lors de leur arrivée dans le service compte tenu du taux de rotation important des personnels.

Les ressources documentaires sont disponibles dans l'outil informatique institutionnel de gestion documentaire pour le domaine de la gestion du risque infectieux. De nombreux protocoles sont à disposition des agents. Un « portail des protocoles d'hygiène » est en cours d'élaboration afin de faciliter l'accès aux documents qualité. Cet outil informatique est inclus dans la gestion documentaire informatisée de l'établissement. Par ailleurs, chaque correspondant dispose d'une clé USB sur laquelle tous les documents « hygiène » sont disponibles incluant les protocoles, les comptes rendus de réunion, et de groupe de travail. Cet outil est remis à jours lors des réunions annuelles. Certains correspondants mettent ces informations à disposition de l'ensemble de leur équipe sous forme d'un « dossier hygiène » disponible sur le poste informatique de la salle de soins.

Dans le domaine du bon usage des antibiotiques, les documents de recommandation sur l'antibiothérapie de première intention sont à disposition des prescripteurs sous format papier dans les salles de soins des services visités. Les internes rencontrés pendant la visite n'avaient pas installé l'App sur leur Smartphone.

Dans le domaine du bionettoyage, les personnels de l'équipe d'entretien hospitalier peuvent consulter les protocoles, procédures documents de traçabilité et fiches produits via l'outil informatique institutionnel de gestion documentaire.

Les ressources matérielles définies sont disponibles pour le bon usage des antibiotiques ainsi que pour la gestion des risques infectieux (gants, masques, tablier usage unique, etc). Concernant l'activité de bionettoyage, elles sont définies, disponibles et en nombre (auto-laveuse, stations de dilution, microfibre, désinfectants, détergents, anticalcaire, dispositif de nettoyage et de désinfection par la vapeur...).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La mise en œuvre de la gestion du risque infectieux au Centre Hospitalier de Sarreguemines a été investiguée sur le site de Robert Pax dans les services de réanimation et cardiologie, sur le site de Bitche, dans le service de soins de suite réadaptation, et soin de longue durée et dans l'unité sanitaire de la maison d'arrêt de Sarreguemines.

Les observations menées en investigation ont montré une prise en charge des patients conforme aux recommandations de bonnes pratiques dans le domaine de la gestion du risque infectieux. L'hygiène des mains est une cible pour les soignants et les préalables à l'hygiène des mains sont respectés (absence de port de bijoux, ongles courts...). Un travail particulier a été effectué sur l'objectif Zéro Bijou. Les services visités étaient équipés conformément aux règles de bonnes pratiques (gants, tabliers usage unique, solution hydro-alcoolique, etc).

Les personnels mobilisent les protocoles sur demande et les connaissent. Le fait qu'il existe un suivi des consommations de solution hydro-alcoolique annuel est connu des cadres, sans qu'ils soient capables de donner une idée de l'IC-SHA propre à leur service.

Concernant la prescription des antibiotiques dans les services non informatisés (les chirurgies et la réanimation), elles doivent être faites sur des formulaires papiers spécifiques exigeant la mention du site de l'infection, le germe suspecté et si un examen bactériologique a été demandé.

Dans tous les autres services, le logiciel de prescription médicale impose la justification de toutes prescriptions d'antibiotiques. Elles font systématiquement l'objet d'une analyse pharmaceutique de niveau 2. Un indicateur de couleur permet au prescripteur de savoir si une prescription antibiotique a fait l'objet ou non d'une réévaluation au bout de 48 à 72 heures. Un outil supplémentaire a été mis à disposition à partir de l'outil de programme de médicalisation des systèmes d'information PMSI pour permettre d'identifier toutes les prescriptions d'antibiotiques nécessitant une réévaluation. Une mise à jour informatique est programmée ce 1er semestre 2017 et doit être testée en médecine polyvalente pour améliorer le dispositif. Celui-ci prévoit une alerte dans le « carnet de prescription » du médecin. Celui-ci ne pourra plus prescrire quoi que ce soit si la réévaluation n'est pas acquittée.

Les locaux visités sont visuellement propres, les agents chargés du bionettoyage interrogés connaissent les recommandations (modalités de dilution des produits, indications, etc) ainsi que les équipements, matériels et consommables à leur disposition.

Cependant, les bonnes pratiques en matière d'hygiène des locaux ne sont pas systématiquement mises en œuvre. Le jour de la visite des unités sanitaires, il est constaté que les produits détergents-désinfectants utilisés par l'agent du prestataire externe sont périmés depuis 2012.

De plus, les mesures de protection des personnels ne sont pas totalement mises en application pour la collecte et l'élimination des déchets. Les recommandations, en matière d'étiquetage des conditionnements de déchets d'activités de soins à risque infectieux associés aux soins, ne sont pas mentionnées dans le protocole tri des déchets de l'établissement et ne sont pas appliquées. Il est à noter qu'une action d'amélioration a été immédiatement mise en place pendant la visite.

Les interfaces sont opérationnelles entre les professionnels de terrain, l'équipe opérationnelle et les différents acteurs impliqués (linge, déchets, direction des achats, bionettoyage, travaux, département qualité, entretien des laves bassin par un prestataire externe, etc). Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins est membre du CLIN, l'EOHH est membre du COVIRIS (COmité de coordination des VIGilances et des RISques).

Les instances sont opérationnelles et leurs attendus sont portés à la connaissance des personnels : le CLIN se réunit trois à quatre fois par an, les correspondants en hygiène 1 fois par an.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Plusieurs dispositifs d'évaluations en matière de gestion de risque infectieux au Centre Hospitalier de Sarreguemines sont en place de façon permanente :

- Audit permanent de la mise en place des précautions complémentaires en cas de découverte de nouveaux cas de Bactérie MultiRésistante ou de Clostridium difficile avec un bilan par annuel et par service présenté en CLIN et en CME
- Surveillance des AES toute l'année par la médecine du travail
- Indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales, dont la participation aux surveillances nationales du réseau d'alerte et de surveillance des infections nosocomiales pour les bactéries multi-résistantes (enquête trimestrielle), et pour les infections du site opératoire (surveillance agrégée sur 2 mois)
- Surveillance de la consommation des antibiotiques rapportée à la résistance bactérienne dans le cadre du réseau CONSOIRES assortie d'une analyse par le pharmacien pour chaque service;
- Audit trimestriel de la réévaluation de l'antibiothérapie à 48/72 heures par extraction des données du logiciel de prescription et rendu des données régulières aux équipes de soins.
- Les contrôles environnementaux sont effectués par un prestataire externe. Celui-ci prend en charge les prélèvements et leur traitement, à l'exception des prélèvements des endoscopes neufs, de retour de réparation, ou à re-contrôler après non conformité, qui sont prélevés en interne. Cette prestation est formalisée par contrat.

- Un dispositif de dépistage des BMR en réanimation selon la provenance des patients renouvelé toutes les semaines.

D'autres dispositifs d'évaluation sont organisés de façon plus ponctuelle : audit national endoscopie (tronc commun, module contrôles bactériologique, module traçabilité), audit « Zéro Bijou », audit de la pertinence de l'antibiothérapie pour les pyélonéphrites et les prostatites...

Concernant les activités de bionettoyage, la cadre de équipe l'EEH effectue des contrôles de la propreté visuelle. Dans les locaux à haut risque (niveau 4), les contrôles bactériologiques sont réalisés régulièrement par le prestataire externe.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

Plusieurs actions d'amélioration sont en cours autour de la gestion du risque infectieux au Centre Hospitalier de Sarreguemines.

Les principales portent sur :

- les actes invasifs qui concernent l'abord vasculaire (formation en cours sur les Cathéter centraux, les PICC line, les chambres implantables)

- le dispositif de maîtrise du risque de diffusion des Bactéries hautement résistantes.

- l'amélioration du dispositif de réévaluation à 48/72 heures de l'antibiothérapie

Concernant la gestion du risque infectieux, le processus est évalué au minimum une fois par an, en particulier par l'analyse du tableau des évaluations, des résultats des surveillances et des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales.

Au Centre Hospitalier de Robert Pax, la communication et la diffusion des résultats et des actions d'amélioration à destination des professionnels de santé utilisent plusieurs supports : rapport d'activité, retour de réunion du COMEDIMS à destination de tous les prescripteurs, mails d'information, clé USB, etc.

Plusieurs supports s'adressent plus spécialement aux usagers d'hospitalisation à domicile (recommandations d'hygiène, bactérie multi-résistante, clostridium difficile), ou encore sur les mesures à prendre pour les patients en pré-opératoire.

Les représentants des usagers sont invités à la réunion annuelle du CLIN durant laquelle sont présentés le programme d'action et le bilan des activités dans le domaine de la gestion du risque infectieux.

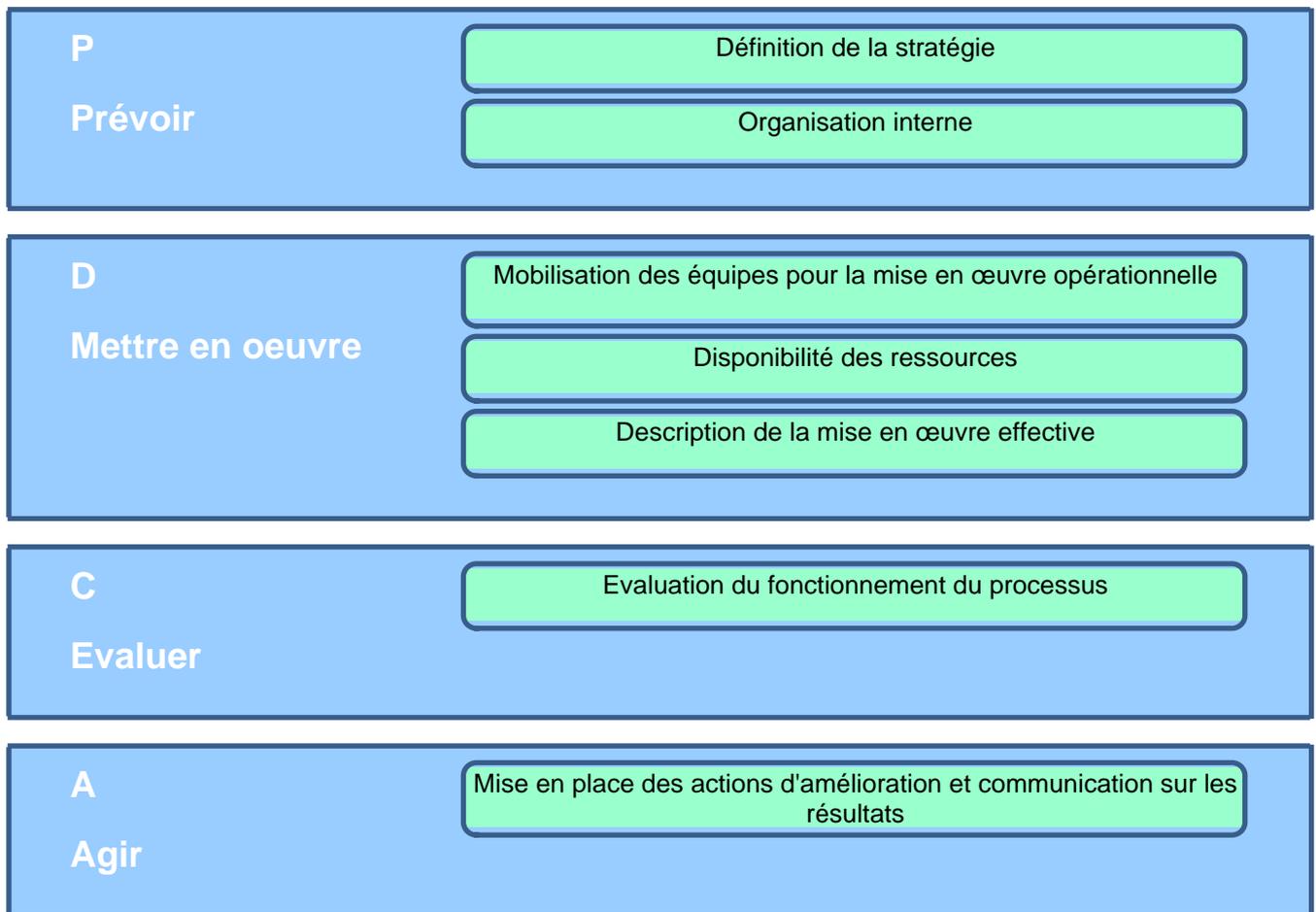
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place une démarche globale visant à garantir le respect des droits des patients, dimension essentielle de la qualité. La certification constitue ainsi l'un des leviers de la mise en œuvre de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui réaffirme un certain nombre de droits fondamentaux de la personne malade, notamment des droits relatifs au respect de l'intégrité et de la dignité de la personne et de la confidentialité des informations la concernant. Elle souligne l'obligation de respect des libertés individuelles.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le centre hospitalier Robert PAX s'est engagé dans une démarche ayant pour objectif de promouvoir les droits des patients lors de leur séjour.

Cet engagement est formalisé dans le projet médical 2015-2020 : « Améliorer la qualité de l'écoute patient, de son information et du respect de ses droits » et au niveau de la politique qualité. Des objectifs opérationnels sont déterminés sur la base de l'identification des missions relatives aux droits des patients et à la réglementation en vigueur. L'établissement a utilisé comme source d'information les résultats des questionnaires de satisfaction, les analyses des fiches d'évènements et des plaintes et réclamations des patients ou de leur entourage ainsi que les remarques des représentants des usagers exprimées lors des réunions de la CDU.

Cinq objectifs sont retenus :

- Formaliser la politique « droits des patients »
- Promouvoir l'écoute des patients ;
- S'assurer d'une prise en charge bienveillance ;
- Favoriser les soins palliatifs ;
- Développer l'accompagnement dans l'élaboration des directives anticipées.

La déclinaison détaillée de la politique de l'établissement en matière de respect des droits des patients est en cours de rédaction avant validation par les instances.

Une cartographie des risques a été réalisée suivant la méthodologie retenue au niveau de l'institution. Un plan d'action a été mis en œuvre et les risques identifiés ont été intégrés au compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

Pour mettre en œuvre cette politique, l'établissement a mis en place une structure de pilotage dont le pilote et le copilote ont été désignés par une lettre de mission en date du 8 février 2016 signée du président de la CME et de la directrice adjointe en charge de la qualité et du système d'information.

Un groupe de travail en charge de cette thématique intégrant plusieurs représentants des usagers a été constitué. Ce groupe de travail s'articule avec la CDU, instance qui fonctionne selon la forme réglementaire avec la présence régulière de deux représentants des usagers.

Un comité d'éthique est en place.

La direction de l'établissement intègre chaque année dans son plan de formation des stages en relation directe avec les droits des patients.

Un protocole intitulé « conduite à tenir pour le respect des droits des patients » est intégré dans la gestion électronique des documents.

Le livret d'accueil pour les patients contient les informations nécessaires à son séjour mais également celles relatives au respect des droits avec notamment les modalités de saisine de la CDU et des médiateurs ainsi que la possibilité d'accéder aux données personnelles enregistrées dans son dossier patient. Les usagers participent régulièrement à l'élaboration des documents.

Dans les services d'hospitalisation outre la majorité de chambres individuelles, des espaces pour que l'entourage puisse rencontrer le patient en toute intimité sont aménagés. L'organisation de l'accueil des enfants hospitalisés tient compte de la présence en continu des parents, ils peuvent être hébergés dans la chambre de leur enfant.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La direction a déployé des moyens de communication auprès des professionnels concernant le programme d'amélioration qualité sécurité des soins auprès des professionnels et son évolution (diffusion d'une brochure « les fondamentaux de la démarche processus certification V2014, PAQSS, cartographie des processus accessible sur le logiciel QGDR).

La direction qualité communique également à chaque réunion de cadre. L'encadrement assure un relai auprès des équipes par la diffusion des relevés de conclusion auprès de leur équipe.

Les professionnels rencontrés sont informés de l'analyse des EI de secteur (participation aux CREX, Staffs, communication de l'encadrement sur les retours de FEI).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le personnel bénéficie de formations dédiées à la thématique droits des patients dans le cadre du plan annuel de formation.

Les représentants des usages ont aussi la possibilité de participer à des formations sur les droits des patients et l'éthique proposées aux professionnels et aux journées à thème sur les droits des patients.

Une formation-action a tout particulièrement été ciblée pour l'unité des soins de longue durée du site de Bitche et un document " bienvenue chez vous" a été élaboré.

Dans le cadre du déploiement du dossier patient informatisé, les notions de respect de la confidentialité des informations sont rappelées.

La documentation nécessaire est accessible à l'ensemble du personnel par l'intermédiaire de la gestion électronique documentaire.

Au niveau de l'hôtellerie, les chambres individuelles sont prédominantes, mais en cas de chambres doubles l'intimité et la dignité des patients sont préservées par l'existence de paravents et les pratiques des soignants. Dans les services, des espaces sont réservés aux rencontres entre les patients et leur entourage. Des fauteuils de repos et des repas sont mis à disposition des familles.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les patients sont informés de leurs droits et des missions de la CDU par l'intermédiaire du Livret d'accueil, qui leur est remis dès l'entrée.

A chaque étape de sa prise en charge, les droits du patient sont respectés.

Les équipes médicales et soignantes, qui prennent en charge au quotidien les patients, ont des échanges qui assurent les interfaces entre leurs membres sur les thématiques du consentement/refus aux soins, de la douleur, de la dignité, de l'intimité, du respect des libertés individuelles. La confidentialité des informations relatives au patient est préservée.

Le consentement éclairé du patient est recherché tout au long de sa prise en charge par les médecins et les soignants. Il est recueilli et tracé dans les dossiers.

Un formulaire destiné au recueil de la personne de confiance est intégré dans le livret d'accueil. Cependant, la désignation de la personne de confiance n'est pas recueillie selon les modalités légales. Ce constat a été effectué lors des rencontres patients traceurs :

- Concernant le patient traceur de chirurgie digestive, la désignation de la personne de confiance n'est ni réalisée ni tracée. Le formulaire de désignation se trouve dans le livret d'accueil, sans qu'un professionnel n'ait informé et incité le patient à remplir le document.

- Concernant le patient traceur en cardiologie, la désignation de la personne de confiance est tracée comme réalisée dans la macro cible d'entrée du DPI. Le formulaire de désignation n'est pas retrouvé dans le patient.

- Concernant le patient pris en charge en HAD, le nom de la personne de confiance est notée sur la feuille d'accord du patient ou de son entourage pour la prise en charge par l'HAD.

- Concernant le patient pris en charge en hôpital de jour de médecine, le nom de la personne de confiance est noté sur la fiche administrative. Pour ces deux patients, contrairement à la feuille institutionnelle de recueil de la personne de confiance, les documents utilisés ne permettent pas de respecter les modalités de recueil (signature de la personne désignée, refus de désigner une personne).

Les modalités de recueil des directives anticipées définies sont mises en oeuvre sur les services d'oncologie et l'HAD, en particulier lors de la prise en charge des patients en soins palliatifs.

La prise en charge de la douleur est effective.

Les mesures de contention passives font l'objet d'une prescription médicale et sont réévaluées quotidiennement.

Le service de soins de longue durée du site de Bitche, met en oeuvre un projet de vie intitulé « Bienvenue chez vous » qui permet de recueillir les habitudes de vie des patients afin de les prendre en compte durant leur séjour.

L'hôpital dispose essentiellement de chambres individuelles. Les quelques chambres à deux lits sont équipées de paravents permettant de respecter l'intimité des patients lors des soins et l'encadrement rappelle régulièrement aux soignants le respect des bonnes pratiques.

Les pansements, dans les services de chirurgie, sont réalisés dans des salles dédiées. La visite médicale est réalisée en dehors des heures de visite des familles. Si besoin, il est demandé aux gens présents de quitter la chambre. La direction a mis en place des mesures pour inciter les services à hospitaliser les patients en priorité au sein de chambres à un lit. Des transferts sont organisés en cours de séjour lorsque des places se libèrent.

L'accueil de l'entourage est organisé et permet aux familles de pouvoir rester auprès des patients lorsqu'ils le souhaitent. Des fauteuils de repos sont mis à disposition et des repas peuvent être pris sur place.

La gestion des plaintes et réclamations est opérationnelle.

Les interfaces entre les professionnels sont assurées au quotidien lors des transmissions, lors des staffs ou lors des réunions hebdomadaires de service.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation des droits des patients est réalisée à travers l'exploitation des questionnaires de satisfaction des patients et le suivi des indicateurs nationaux en lien avec la CDU.

Le suivi des plaintes et réclamations par la cellule qualité alimente le bilan de la CDU et éventuellement le plan d'actions. Les représentants des usagers sont très impliqués dans le fonctionnement de l'établissement et dans les instances dont la CDU. A ce titre, ils examinent chaque

réclamation et plainte et suggèrent soit des actions d'améliorations soit le mode d'analyse de l'évènement indésirable (CREX, RMM, groupe de travail). L'analyse des déclarations des évènements indésirables est également susceptible d'alimenter le plan d'action.

Une EPP intitulée « évaluer le respect des bonnes pratiques en matière de préservation des libertés et de restriction des libertés - évaluer l'application du protocole sur les contentions » est réalisée au sein du service de médecine polyvalent et gériatrique sur le site de Bitche. Un audit est en cours de préparation sur le site de Sarreguemines et sera réalisé d'ici à la fin du premier semestre 2017.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

Des plans d'actions sont mis en place en fonction des résultats des évaluations.

En 2015, au vue du faible taux de retour des questionnaires de satisfaction, un groupe de travail incluant des représentants des usagers a permis la refonte de ce document. Le même travail a été réalisé pour le formulaire de recueil des directives anticipées.

Une remise à jour du livret d'accueil est en cours.

Les actions d'améliorations sont intégrées dans le programme d'amélioration de l'établissement. La Direction QGDR intervient de façon régulière lors de publications dans les journaux internes, sur le site intranet, et en réunion des cadres, où elle relaye, promeut, et communique sur toutes les actions concourant à l'amélioration de la prise en compte des droits des patients ainsi que sur les campagnes de recueil des IQSS et autres indicateurs. Les résultats des indicateurs nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels concernés, ainsi qu'aux usagers via un affichage et le site internet de l'établissement.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

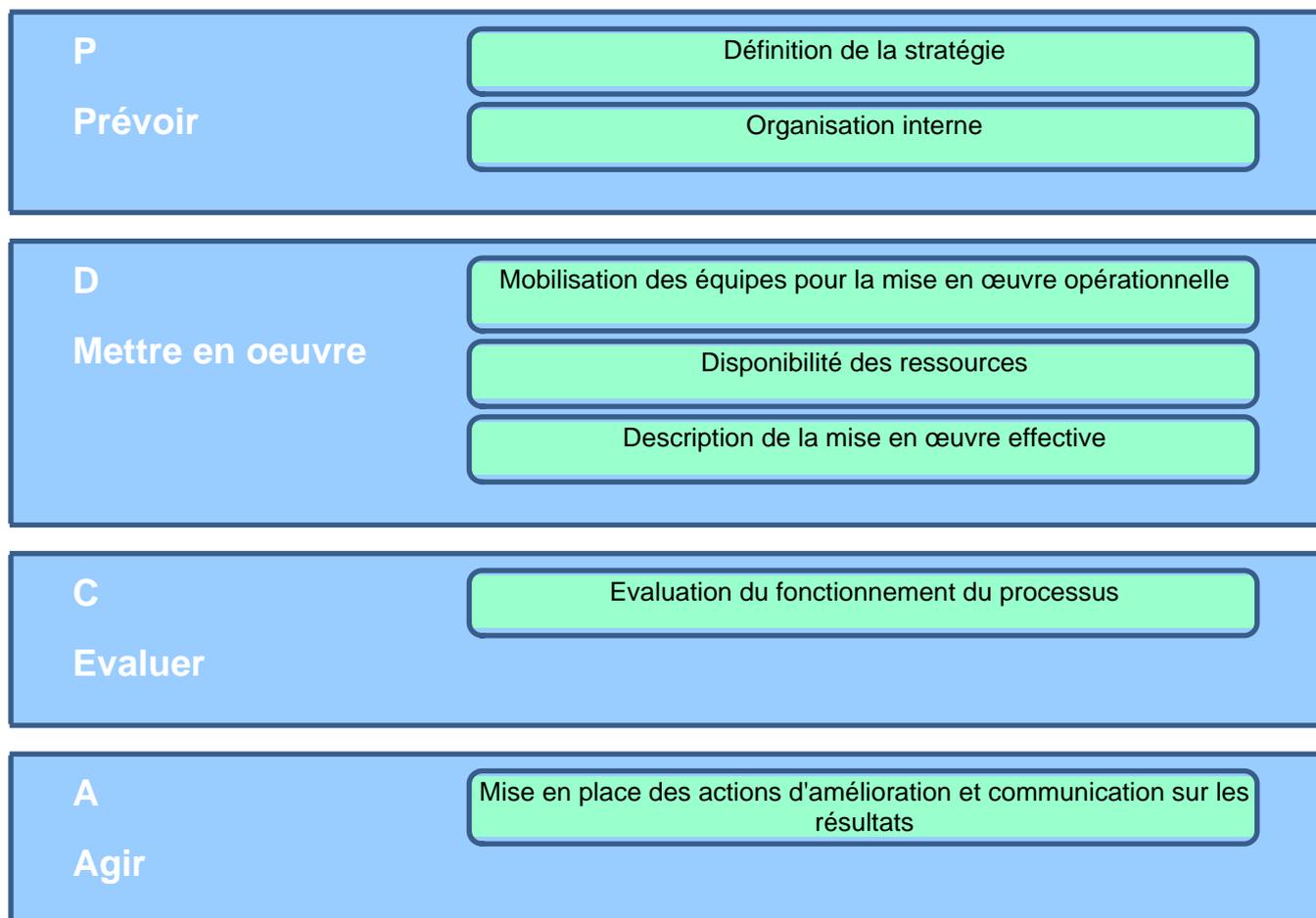
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et des secteurs d'activités qui, en étroite collaboration :

- organise et prend en compte les besoins de la population aux différentes étapes (accueil, prise en charge diagnostique et thérapeutique, sortie ou transfert) de la prise en charge des maladies aiguës, des maladies chroniques, des populations spécifiques ;
- structure et formalise les liens avec les acteurs extérieurs à l'établissement en développant les interfaces avec les professionnels de ville, les autres établissements de santé et les établissements médico-sociaux ;
- évalue ces prises en charge.

Les professionnels des secteurs d'activités grâce à un travail en équipe pluri professionnel et interdisciplinaire mettent en place une démarche d'amélioration continue des prises en charge centrée sur le patient et son entourage.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie "Parcours Patient" des Hôpitaux de Sarreguemines (Robert Pax et Saint Joseph à Bitche) repose sur le projet médical de Moselle Est (PMME) avec un positionnement territorial inscrit dans son Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM).

L'établissement en regard de son activité et de son implantation "au coeur du dispositif santé du territoire" a participé étroitement à l'élaboration du projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire Moselle Est.

Son projet médical, pour répondre aux besoins de santé du bassin, a établi des filières prioritaires en termes de réponse aux populations spécifiques des personnes âgées, des enfants, des pathologies du cancer. Une modification du découpage des pôles est en cours afin de les mettre en adéquation avec les parcours patients. L'établissement est inscrit dans les nombreux réseaux territoriaux et a conclu les conventions ad hoc avec ses partenaires du sanitaire et du social. Des relations sont établies avec les hôpitaux de recours que sont les CHU de Nancy et de Strasbourg pour les patients relevant d'interventions lourdes tout en assurant leur suivi une fois la phase aigüe passée. Des conventions sont signées avec les médecins libéraux afin de leur réserver un accès au plateau technique de l'hôpital.

En respectant la méthodologie institutionnelle, chaque parcours patient a fait l'objet d'une analyse de risques donnant lieu à la réalisation d'une cartographie des risques a priori avec déclinaison d'un plan d'action inscrit au compte qualité. Si ces modalités d'évaluation des risques préconisées par l'établissement ne permettent pas toujours d'avoir une visibilité des risques propres au secteur d'activité, les mesures d'amélioration mises en oeuvre correspondent néanmoins bien aux risques réels relevés par les professionnels.

Les programmes établis, qui viennent incrémenter le programme institutionnel prennent en compte l'ensemble des éléments attendus : résultats des audits, fiches d'EI, CREX, RMM, V2010, patients traceurs, etc. Ces programmes se présentent sous forme de fiches actions avec désignation d'un pilote et échéancier, état d'avancement et évaluation des actions.

Le programme institutionnel est présenté annuellement aux instances de l'établissement dont la CDU.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage stratégique du parcours patient repose sur le quatuor directeur général/président de CME/coordonnatrice des soins et directrice de Bitche.

Un pilotage opérationnel a été défini par parcours patient, soit 18 pilotes identifiés. Une lettre de mission en date du 8 février 2016, définit leur rôle.

Pour chaque parcours patient, les pilotes ont constitué un groupe de travail composé des professionnels concernés qui ont réalisé une analyse des processus de prises en charges des pathologies dominantes dans chacune des filières.

Toutefois, il n'y a pas d'organisation définie pour piloter et mettre en oeuvre la politique du "Parcours patient" à l'échelle de l'établissement et pour assurer la coordination, le suivi du plan d'action, le recueil des indicateurs, l'analyse des résultats et leur communication.

Les ressources humaines en termes d'effectifs et de compétences sont identifiés en fonction des besoins, des risques et de la réglementation des différents secteurs : médecins, IDE, AS mais aussi kinésithérapeute, diététicienne, assistante sociale, psychologue, animatrice, etc.

Un plan institutionnel de formation est établi annuellement. Les professionnels bénéficient d'un plan de formation institutionnel et les pôles proposent des formations spécialisées en fonction de leur discipline, comme par exemple : prise en charge des patients suite à l'annonce d'un diagnostic grave, maladie d'Alzheimer et autres formes de démence, AFGSU, prise en charge de l'anxiété chez l'enfant, trachéotomie etc...

L'adéquation des ressources et des compétences est réalisée en regard des fiches de postes par service, d'un référentiel de compétences IDE/AS et par un accompagnement spécifique en terme de Diplômes Universitaires et de formations qualifiantes comme les études d'infirmière ou d'aide soignante. Pour les professionnels médicaux, les recrutements sont en lien avec le projet médical.

Les locaux et matériels sont adaptés à l'activité. Les deux établissements comportent essentiellement des chambres individuelles et les services, en fonction de leur spécificité disposent du matériel et consommables nécessaires : lits médicalisés, lits léve-malades, poussettes seringues, scopes et télémétrie, jardin thérapeutique, etc..

La Gestion Documentaire Electronique (GED) intègre les documents (procédures, protocoles etc.) dédiés à la prise en charge des patients. Le système d'information papiers (HdJ, chirurgie, etc.) et informatique (SSR, ULSD, urgences par exemple) font parties des outils mis à disposition des différentes filières de prise en charge.

La gestion des interfaces est organisée entre les divers secteurs d'activités cliniques, pharmaceutiques et le plateau médico-technique.

Le dispositif d'accueil pour la prise en charge et l'orientation des personnes se présentant pour une urgence est effective sur le SAU du CH Robert Pax à Sarreguemines et le Centre de Soins Non Programmés (CSNP) CH Saint Joseph à Bitche.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La direction qualité a déployé des moyens de communication auprès des professionnels concernant le programme d'amélioration qualité sécurité des soins et son évolution (diffusion d'une brochure « les fondamentaux de la démarche processus certification V2014, PAQSS et cartographies des processus accessibles sur le logiciel QGDR). La direction qualité communique également à chaque réunion de cadre. L'encadrement assure un relai auprès des équipes par la diffusion des relevés de conclusion auprès de leur équipe.

L'encadrement s'assure de la conformité des pratiques et du respect des procédures et protocoles. Les équipes s'impliquent dans la déclaration des événements indésirables (EI) et dans les retours d'expérience. Ils participent aux recueils des indicateurs de leurs secteurs d'activité. Certaines équipes ont réalisé des patients traceurs (chirurgie ambulatoire, patiente hospitalisée en maternité, à J2 post accouchement, patient admis en HAD, etc.). Les professionnels rencontrés sont informés de l'analyse des EI de leur secteur d'activité (participation aux CREX, staffs, communication de l'encadrement sur les retours des EI).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Chaque service dispose des ressources humaines en nombre et en compétences.

Le dispositif d'accueil des nouveaux arrivants est opérationnel : période de tutorat et de formation avec évaluation des compétences, journée du nouvel arrivant.

Les actions de formation prévues dans le plan institutionnel sont mises en oeuvre, notamment sur les gestes d'urgence avec formation initiale et formation de rappel (AGFSU niveau 1 et 2), et des ateliers en interne à l'initiative des professionnels du service des urgences, la prise en charge des soins palliatifs, la maladie d'Alzheimer, etc..

La permanence des soins est organisée : les tableaux de services, gardes et astreintes sont à dispositions des professionnels et adaptés à la continuité de la prise en charge des patients, y compris la nuit les week-end et les jours fériés (double garde des MAR H24).

Le dispositif d'accueil permettant d'assurer la prise en charge et/ou l'orientation des patients se présentant pour une urgence vitale est en place.

Le dispositif de prise en charge vitale est organisé au sein de l'établissement. Une procédure d'appel est connue des professionnels. Les chariots d'urgence sont disponibles dans chaque service et vérifiés. Des ateliers aux gestes d'urgence sont réalisés à l'initiative du chef des urgences.

Les documents utiles pour la prise en charge des patients sont disponibles sur l'intranet de l'hôpital, via un outil de gestion électronique des documents ou sur des supports papiers. Ils sont connus des professionnels.

Il existe des documents d'information spécifiques destinés aux patients : un passeport pour le bloc opératoire et un autre pour la chirurgie ambulatoire, un document sur le dispositif d'annonce et les soins de support, etc.

Le dossier patient informatisé est accessible sur l'ensemble de la filière gériatrique (médecine/SSR/ULSD) sur Bitche et en cours de déploiement sur l'hôpital Robert Pax.

Les locaux et équipements sont adaptés aux patients. L'hotellerie des deux établissements est composée essentiellement de chambres individuelles et en fonction de la spécificité du service les matériels sont en adéquation : lits médicalisés, lèves malade, scopes, jardin thérapeutique etc....

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

En fonction des filières, la prise en charge du patient est sécurisée tout au long de son parcours : de l'accueil à la sortie.

La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé et de l'ensemble de ses besoins. Elle est réalisée dans des délais compatibles à son état de santé. La traçabilité de cette prise en charge a été retrouvée dans les patients traceurs réalisés. Cette évaluation tient compte aussi des spécificités des filières :

- HAD : une évaluation du domicile et une rencontre avec les aidants sont mis en place,
- en chirurgie : lors de la consultation initiale, au cours de laquelle une hospitalisation est décidée soit en UCA, soit en conventionnelle, un passeport pour la chirurgie ou pour l'ambulatoire est remis au patient comportant toutes les informations nécessaires,
- en SLD : une visite du service est programmée avant l'admission.

Une réévaluation du patient est réalisée tout au long de son hospitalisation. Elle repose sur une coordination et des réunions pluriprofessionnelles (RPP ou staffs). Les projets de soins, quel que soit le secteur d'activité traduisent une prise en charge multidisciplinaire (kinésithérapeute, psychologue, diététicienne, animatrice, ergothérapeute, assistance sociale, etc.) en fonction des besoins). Une consultation d'annonce est en place, des PPS sont établis et des projets de vie proposés en SLD.

Les avis compétents sont recherchés en interne ou en externe par la mise en commun d'équipes mobiles et le recours aux réseaux territoriaux et aux spécialités de référence sur Strasbourg et Nancy ou Metz Thionville. Les rencontres avec les professionnels et la consultation des dossiers pendant les visites de terrain ont permis les constats suivants :

- la réflexion bénéfique risque est évaluée et tracée
 - le dépistage et le suivi nutritionnels sont tracés dans le dossier du patient. Les IDE notent dès l'entrée du patient son poids et sa taille, comme le confirme les résultats des IPAQSS
 - le comportement du patient est évalué lors de son arrivée dans le service permettant ainsi d'identifier un éventuel risque suicidaire
 - bien que ne bénéficiant pas de programmes autorisés, les services mettent en oeuvre des actions éducatives auprès des patients (surveillance de la glycémie, patient stomisé, éviter les chutes, etc.)
 - la prise en charge des urgences vitales est effective, les chariots d'urgence sont disponibles et opérationnels dans chaque service. Ils font l'objet d'une vérification hebdomadaire tracée par les infirmières.
- Chaque service dispose d'un tableau de gardes et d'astreinte afin d'assurer la continuité des soins.
- la prise en charge des personnes appartenant à des populations spécifiques est mise en place : filière gériatrique complète sur l'hôpital saint Joseph à Bitche, filière pédiatrique sur Robert Pax à Sarreguemines. De même, l'établissement prend en charge les détenus sur deux unités pénitentiaires sanitaires, les personnes démunies et les patients atteints d'un handicap.

Les sorties sont organisées avec le patient et son entourage. Les résultats de la dernière itération de IPAQSS montrent qu'en SSR et en HAD les délais d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation sous huit jours sont respectés et en cours d'amélioration en MCO.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

A partir de l'évaluation des actions d'amélioration définies dans les parcours patient et inscrite dans le programme d'amélioration continue de la qualité et gestion des risques de l'établissement, les pilotes des différents "parcours" assurent le suivi de la qualité et de l'efficacité de l'organisation du parcours dont ils ont la responsabilité.

Ce programme fait l'objet d'une évaluation annuelle et de réajustements nécessaires lors d'une réunion du comité stratégique de pilotage QGDR.

D'autres évaluations ponctuelles sont réalisées à partir :

- d'audits
- d'EPP, CREX, RMM
- par le suivi des événements indésirables, des plaintes et réclamations, de l'enquête E-Satis.
- par le recueil des indicateurs IOSS auquel les professionnels sont associés.

La méthode du patient traceur est initiée.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

En fonction des résultats des audits, des indicateurs et du suivi du plan d'actions, des actions d'amélioration sont proposées.

Ces actions sont retrouvées dans le PAQSS de l'établissement.

Les résultats des évaluations et des actions conduites sont transmis aux réunions cadres et ces derniers relayent l'information à leurs équipes.

Les résultats des indicateurs nationaux sont diffusés aux professionnels concernés, ils sont mis à disposition dans la GED et affichés dans l'établissement.

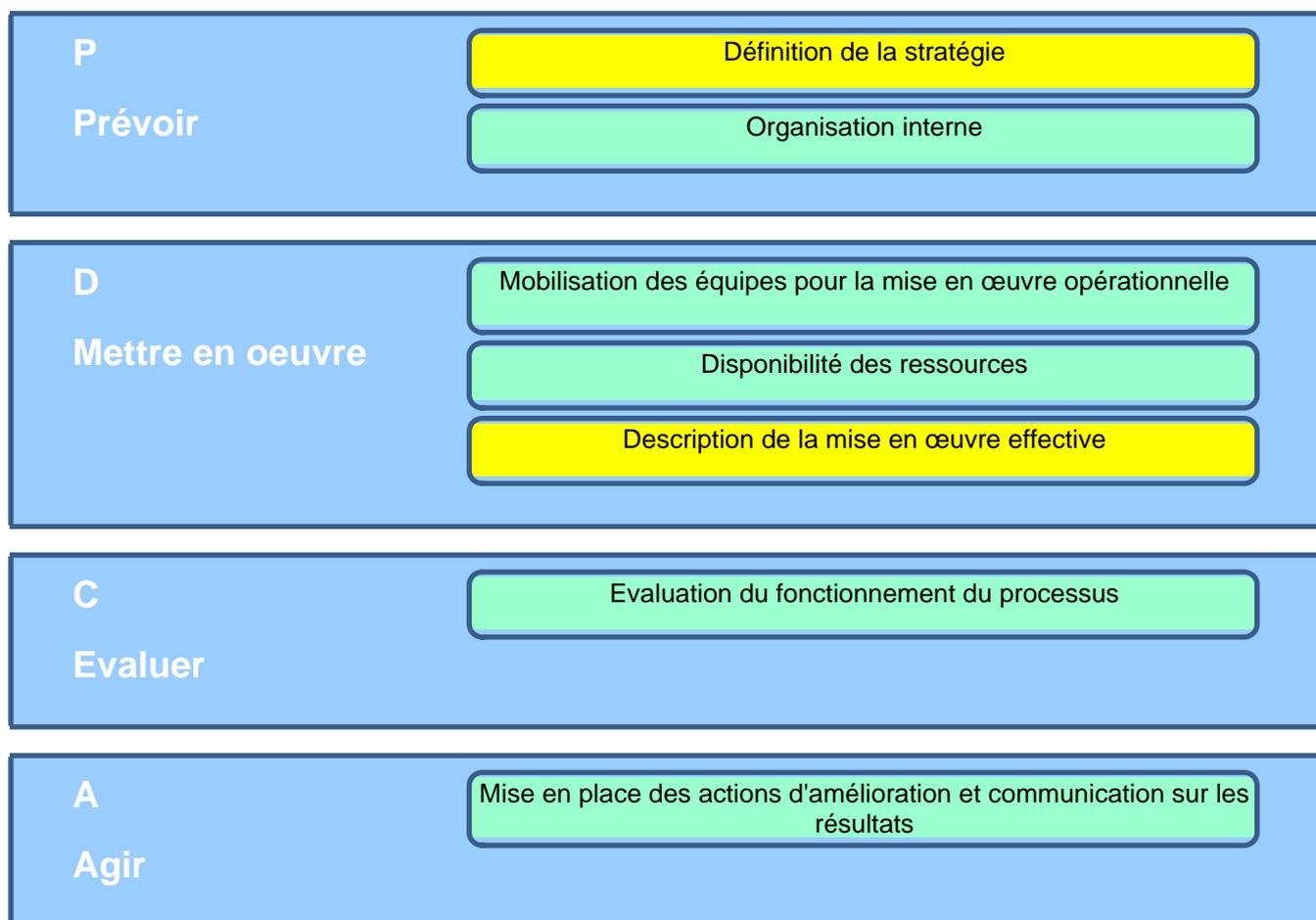
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

L'investigation de la thématique « Dossier patient » vise à évaluer que l'établissement a défini une organisation qui garantit que le dossier, outil central de partage des informations, assure la coordination des soins. Compte tenu de la multiplicité des intervenants autour du dossier du patient et de la complexité qui en résulte, une identification des risques inhérents à son utilisation doit contribuer à lui assurer sa fonction d'élément clé de la qualité et de la sécurité des soins dans le cadre de prises en charge pluri professionnelles et pluridisciplinaires. Ces approches se doivent d'intégrer l'accessibilité du patient à son dossier en référence à la réglementation en vigueur.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Dans le cadre du processus dossier patient l'établissement a identifié comme axe stratégique prioritaire le déploiement du dossier patient informatisé.

Cette orientation se retrouve dans :

- Le projet médical dans son axe 6 « promouvoir l'engagement de la communauté médicale dans la gestion des pôles et le pilotage interne » orientation 5 « adapter les outils numériques » fait apparaître 5 axes au niveau de l'établissement qui devront être intégrés dans le schéma directeur du système d'information dont le premier est de « disposer d'un dossier patient informatisé (DPI) visant à assurer une prise en charge transversale des patients et à garantir la traçabilité, la qualité et la continuité des soins ».

- La politique management de la qualité gestion des risques qui place le dossier comme cinquième axe avec trois objectifs :

- Informatiser le dossier patient dans tous les services
- Poursuivre la sensibilisation des professionnels aux enjeux de la tenue du dossier patient
- Améliorer les résultats IQSS

Cependant, la politique du dossier patient n'est pas réactualisée. La politique du dossier patient dont dispose l'établissement développée dans le document intitulé « la politique du dossier patient » a été validé le 13/07/2006 et n'a fait l'objet d'aucune réactualisation en lien avec le déploiement du DPI et la coexistence du dossier informatisé et papier. Un projet de procédure gestion du dossier est actuellement en cours de réflexion mais les modalités d'évaluation des risques préconisés par l'établissement n'ont pas permis d'obtenir une visibilité des risques liés à la cohabitation du dossier informatisé et papier.

En respectant la méthodologie institutionnelle, une cartographie des risques a priori avec déclinaison d'un plan d'action ont été inscrits au compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

Le Centre Hospitalier Robert PAX a mis en place une organisation pour piloter le processus.

Le pilote et le copilote de la thématique dossier patient ont reçu une lettre de mission en date du 8 février 2016 signée du président de la CME et de la directrice adjointe en charge de la qualité et du système d'information.

Un procédure intitulée « organisation du dossier patient » décrit les modalités pratiques de constitution du dossier papier et toutes les étapes de son traitement allant de sa création à son archivage.

Il existe un guide d'utilisation du dossier de soins réactualisé en 2015 et dans le cadre de déploiement du DPI.

Un mode d'emploi du logiciel de gestion du dossier patient informatisé est intégré dans la gestion documentaire en place.

Le déploiement du dossier patient informatisé est assuré par une équipe dédiée comprenant un cadre de santé à temps plein, une infirmière à 75% et un médecin à 25%.

Cette équipe assure la formation initiale du personnel paramédical qui est délivrée une semaine avant le déploiement et l'accompagnement lors de ce déploiement. Une formation spécifique est délivrée aux médecins. La formation à l'utilisation du DPI est organisé en fonction de son déploiement. Une formation est également organisée pour les nouveaux arrivants dès leur arrivée au sein de l'hôpital par "l'équipe DPI" dédiée et par tutorat dans les services.

La direction des ressources humaines transmet au service informatique les identifiants du personnel. Le service informatique transmet au cadre du service l'identifiant et le code d'accès au cadre du service dans lequel le personnel est affecté. Le code d'accès est changé lors de la première connexion. Les droits d'accès sont attribués en fonction du profil.

Un plan de continuité d'activité validé le 27 octobre 2014 par le directeur adjoint chargé des affaires générales et approuvé le 30 octobre 2014 par le directeur adjoint en charge de la qualité et de la gestion des risques et du système d'information et plusieurs procédures spécifiques à certains secteurs d'activité formalisent la conduite à tenir pour anticiper une panne informatique.

L'organisation de l'accès du patient à son dossier est organisée et formalisée.

L'archivage des dossiers est organisé.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La direction a déployé des moyens de communication auprès des professionnels concernant le programme d'amélioration qualité sécurité des soins auprès des professionnels et son évolution (diffusion d'une brochure « les fondamentaux de la démarche processus certification V2014, PAQSS, cartographie des processus accessible sur le logiciel QGDR).

La direction qualité communique également à chaque réunion de cadre. L'encadrement assure un relai auprès des équipes par la diffusion des relevés de conclusion auprès de leur équipe.
Les professionnels rencontrés sont informés de l'analyse des EI de secteur (participation aux CREX, Staffs, communication de l'encadrement sur les retours des EI).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'ensemble du personnel a été formé à l'utilisation de ce logiciel et de ses évolutions et les codes d'accès sont fournis à l'issue de cette formation.

Le mode d'emploi du logiciel support du dossier patient sont accessibles à tous les utilisateurs par le biais du logiciel de gestion documentaire. Le guide d'utilisation du dossier de soins est également accessible à l'ensemble du personnel de l'hôpital par l'intermédiaire du même vecteur de communication.

Les règles d'accès au dossier patient sont connues et accessibles à tous.

Le matériel nécessaire au déploiement du dossier patient informatisé a été mis en place et adapté aux besoins des services.

Les locaux d'archivage sont conformes.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le traitement du dossier patient en HAD, SSR et SLD est conforme aux attentes de la HAS.

En MCO, à l'arrivée du patient, la partie administrative du dossier patient est ouverte au niveau du service des admissions de l'établissement. En cas d'admission programmée, un dossier de préadmission est ouvert lors de la décision d'hospitalisation en consultation, la partie administrative du dossier patient est éventuellement complétée ensuite lors de l'arrivée du patient en sa présence ou celle de son entourage au bureau des admissions. Le patient est ensuite dirigé vers son service d'hospitalisation où la partie médicale et soignante du dossier est activée. Au moment de l'hospitalisation, le service a la possibilité de se procurer le dossier patient archivé suite aux éventuelles hospitalisations précédentes auprès du service des archives. Pendant l'hospitalisation les médecins, internes, soignants et paramédicaux enrichissent en temps utile le dossier papier ou informatisé. En cas de dossier patient informatisé déployé, les professionnels disposent d'un code d'accès au dossier informatisé qui leur est personnel. Les autres documents relatifs aux patients (électrocardiogrammes, échographies ou tout autre compte rendu en provenance de l'extérieur) sont conservés sous forme papier et insérés dans un classeur ou une pochette qui est conservé dans la salle de soins. Chaque pièce papier est datée et comporte l'identité du patient. La coordination interne entre les professionnels repose sur le projet de soins qui est élaboré en équipe et examiné la plupart du temps toutes les semaines en staff. La communication avec les correspondants externes s'établit à la sortie du patient sur la base des compte-rendus de sortie, et en cas de transfert sur la base de la fiche de liaison et du courrier de transfert. À la sortie du patient, son dossier est transféré au secrétariat médical qui procède à une vérification et à un pré classement avant d'être remis au médecin pour qu'il dicte la lettre de sortie. Le dossier est ensuite confié au pool de saisie qui intègre la lettre de sortie sur le DPI avant d'être transmis au DIM pour codage PMSI. Après codage, le dossier est envoyé aux archives. L'établissement conserve toutes ses archives papier sur place. Les données numériques sont conservées sur les serveurs de l'établissement. Les règles de confidentialité des informations sont respectées. Les délais de transmission du dossier au patient sont conformes à la réglementation et la traçabilité des éléments constitutifs du dossier est réalisée. En SSR, la communication du dossier avec les correspondants externes est toujours assurée en temps utile.

Toutefois, la communication du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge n'est pas assurée en temps utile en MCO. Ce constat a été réalisé aussi bien lors des investigations sur le terrain que lors des rencontres des équipes dans le cadre des patients traceurs. En cardiologie, service disposant du dossier patient informatisé depuis dix huit mois, la rencontre patient traceur a révélé la cohabitation d'un dossier médical papier et d'un dossier de soins informatisé. Le médecin référent a noté l'évaluation initiale du patient ainsi que les observations réalisées tout au long du séjour dans le dossier papier. Ces observations ne sont pas saisies dans le DPI. Le dossier de soins comporte la feuille de recueil des besoins du patient à l'entrée, une feuille de prescriptions d'examens et les résultats d'examens saisis dans le dossier patient informatisé.

Un deuxième patient traceur arrivant via les urgences et relevant d'un service ne disposant du dossier patient informatisé, a démontré que lors du transfert du patient en service de réanimation (également non informatisé) au service de chirurgie digestive, les éléments transmis étaient incomplets. La fiche de liaison IDE et le rapport provisoire de sortie du médecin anesthésiste ont bien été transmis, mais pas le dossier imprimé du service des urgences, ni le dossier de réanimation, ni le dossier d'anesthésie, ni le recueil de données réalisé en service d'amont. Le traitement du dossier papier, conformément à la procédure « organisation du dossier patient », en vue de l'intégration des éléments tend à démontrer que les données nécessaires à la continuité du traitement en cas de nouvelle hospitalisation ne sont pas toujours disponibles. En MCO, le courrier de fin d'hospitalisation n'est pas toujours envoyé dans les délais impartis, ce que confirment les IPAQSS. En effet le dossier d'un patient sorti est transféré au mieux le jour suivant au secrétariat médical qui procède à une vérification et à un pré classement. Suivant la charge de travail, cette tâche peut demander 1 à 2 journées avant que le dossier ne soit remis au médecin pour qu'il dicte la lettre de sortie. Cette opération peut demander de 2 jours à 1 mois. Le dossier est ensuite transmis au pool de saisie qui intègre la lettre de sortie sur le DPI. Cette opération demande en moyenne de 2 à 5 jours suivant la charge de travail. Durant toute cette période, le dossier patient n'est pas disponible immédiatement et difficilement localisable dans l'hôpital. Par ailleurs pour pallier ces délais, l'

établissement a prévu de remettre au patient une lettre de sortie provisoire reprenant les termes.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement évalue régulièrement le processus dossier patient à travers :

- le recueil des IPAQSS
- l'évaluation du dossier en USLD
- des EPP
- le suivi des demandes d'accès au dossier patient et délai moyen de transmission

Les résultats de ces évaluations sont régulièrement examinés au sein des instances.
Le dispositif d'accès du patient à son dossier est régulièrement évalué et les résultats sont communiqués à la CDU comme cela a été confirmé par les représentants des usagers rencontrés.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

L'exploitation de tous les résultats des indicateurs permet à l'établissement d'ajuster sa politique, d'adapter et d'enrichir son plan d'action institutionnel en lien avec la CDU. En particulier, afin d'améliorer le délai d'envoi de courrier de fin d'hospitalisation en MCO, une lettre de sortie provisoire a été mise en place.
Les résultats sont communiqués aux professionnels via les réunions de service et le journal interne de l'établissement.
Ces résultats sont communiqués aux usagers lors des CDU.

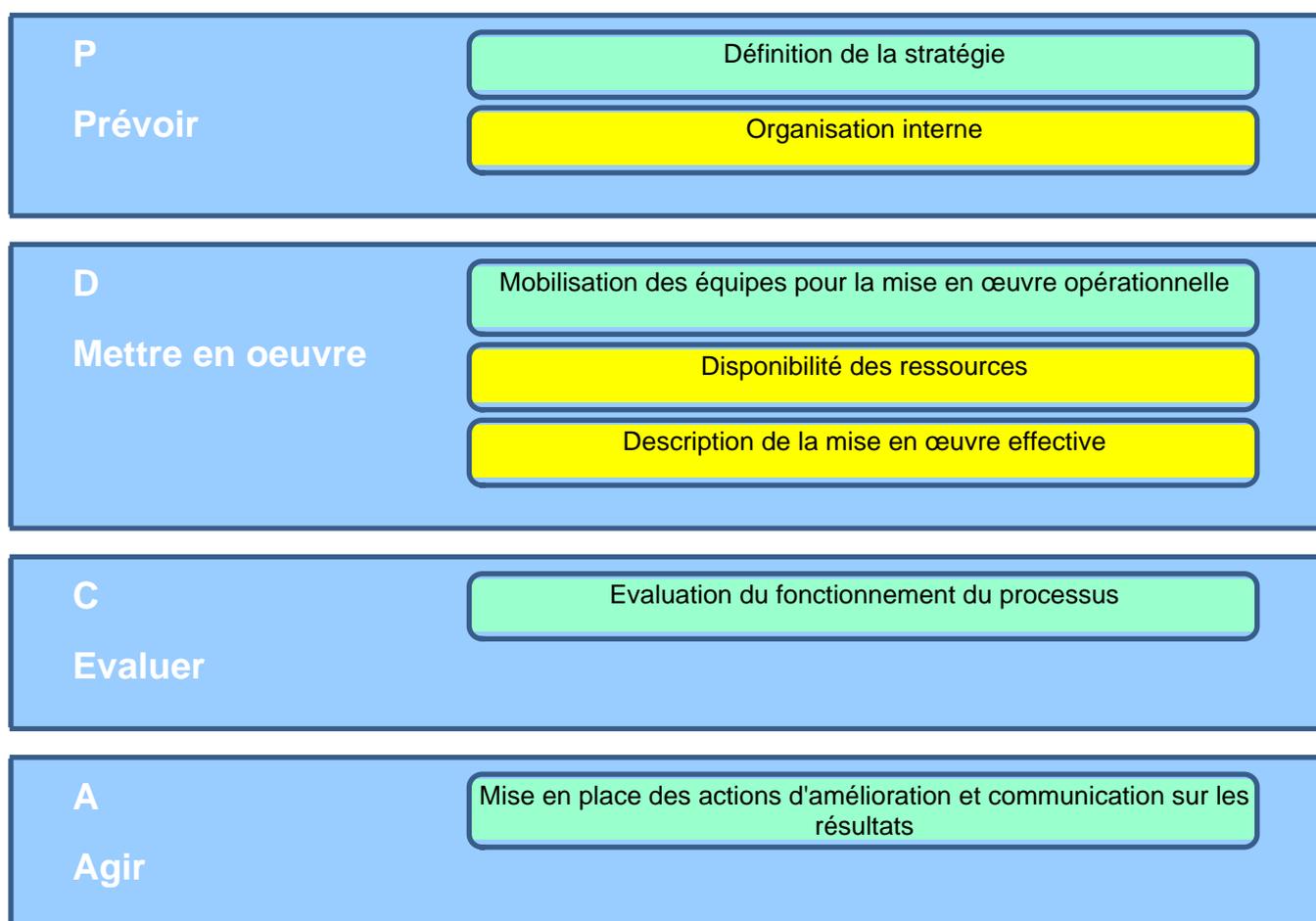
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer de la mise en place et du suivi par l'établissement d'une politique / programme d'amélioration de la sécurité et de la qualité de la prise en charge médicamenteuse visant la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, la pertinence et la continuité des traitements médicamenteux, par une approche concertée et pluridisciplinaire.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Au Centre Hospitalier de Sarreguemines l'activité pharmaceutique s'articule autour de deux pharmacies à usage intérieur (PUI) - l'une pour le site de Robert Pax, l'autre pour le site de Bitché, d'une unité centralisée de reconstitution des cytostatiques, d'une activité de radiopharmacie et de 2 unités sanitaires.

Afin d'identifier ces risques dans la prise en charge médicamenteuse, l'établissement a exploité :

- les données du contrat de bon usage du médicament de 2015,
- les fiches de signalement des événements indésirables,
- les résultats des évaluations des pratiques professionnelles spécifiques à cette thématique,
- les résultats des indicateurs d'hôpital numérique,
- la seconde itération de l'outil d'analyse des risques a priori Archimed effectuée dans 9 services fin 2015.

L'analyse des risques concernant la radiopharmacie est incluse dans la cartographie des risques de la médecine nucléaire.

L'établissement a identifié ces risques de façon exhaustive (n = 40) en tenant compte des éléments ci-dessus, mais également des populations à risque (en particulier le sujet âgé) et des médicaments à risque et enfin de la liste des éléments d'investigation obligatoire de la Haute Autorité de Santé (HAS). Les risques ont été caractérisés (fréquence et gravité et niveau de maîtrise) en utilisant les échelles proposées par la HAS. Ce travail a été réalisé par le pharmacien responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (RSMAPCM) et la cadre de la PUI du site de Robert Pax.

Ces risques ont ensuite été priorisés sur les critères de criticité / niveau de maîtrise et de faisabilité, afin de ne retenir que 6 actions d'amélioration. Ces actions d'améliorations concernent la prescription, l'administration et le traitement personnel du patient.

Les 6 risques retenus ont été ensuite déclinés dans un programme d'actions formalisées, indiquant les fonctions des pilotes ainsi que les dates butoirs. Cette liste d'actions d'amélioration constitue le Programme d'action qualité et sécurité (PAQSS) de l'établissement. Le compte qualité a été alimenté par l'intégralité des risques identifiés et par les actions d'amélioration retenues au PAQSS. Ce programme d'actions a été présenté et validé au comité stratégique.

A partir de l'analyse des risques, l'établissement a formalisé sa politique dans un manuel qualité qui décrit le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Il a fait l'objet d'une présentation en comité du médicament et des dispositifs médicaux, d'une validation par la commission médicale d'établissement et par le directeur général de l'établissement. Il est disponible dans le logiciel de gestion documentaire institutionnel de l'établissement.

La politique PECM ne comporte pas d'objectif explicitement spécifique à cette population à risque mais les règles de prescription ont été établies par les gériatres travaillant au sein de l'établissement. Un protocole sur la prise en charge médicamenteuse chez le sujet âgé est formalisé et un dispositif d'évaluation est en place.

Les objectifs fixés par la direction dans le domaine de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, sont de poursuivre la mise en œuvre du contrat de bon usage du médicament et d'en préparer la prochaine version.

ORGANISATION INTERNE

Le Centre Hospitalier de Sarreguemines a défini une organisation pour piloter le processus de prise en charge médicamenteuse. Celle-ci est décrite dans le manuel qualité du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Ce document fait référence à la liste des médicaments à risques, il indique, entre autres, les modalités de stockage des médicaments (dont stockage sécurisé pour les stupéfiants), le partage des responsabilités, les règles de prescription, les règles d'administration. Cependant, la politique achat n'y est pas décrite, les recommandations spécifiques à la prise en charge médicamenteuse chez le sujet âgé n'y sont pas définies, ni celles spécifiques à la pédiatrie.

Le dispositif mis en place s'appuie :

- le responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse,
- sur le comité du médicament et des dispositifs médicaux,
- et sur le comité stratégique qualité de l'établissement.

Le pilotage de cette organisation est assuré par le pharmacien responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (RSMAPCM). Les rôles et responsabilités de chacun des professionnels concernés par ce processus sont définis dans le manuel qualité et parfois complété par des protocoles spécifiques (exemple : « Organisation de la prescription chez les médecins juniors »).

Les ressources en personnel des PUI ont été définies. Concernant l'activité de radiopharmacie, une organisation dégradée a été mise en place, formalisée et validée par l'institution lors des absences du radiopharmacien.

L'organisation pour répondre aux besoins en compétences est en place et repose sur :

- une formation lors de l'accueil des internes en début de semestre, sur la prescription informatisée.

- une formation institutionnelle pour les nouveaux personnels, comprenant plusieurs modules obligatoires dont un module sur la prise en charge médicamenteuse, qui doit être étendu aux personnels du site de Bitche courant 2017,
- des formations aux interactions médicamenteuses par un organisme externe,
- des formations à destination des IDE sur les règles d'administration.

De nombreuses règles et procédures ont été définies, formalisées et validées. Ils concernent entre autres les règles attachées à chaque étape de la prise en charge médicamenteuse, la permanence pharmaceutique, les conditions d'écrasement des médicaments, les conditions de stockage, les spécificités d'utilisation des médicaments à risques (stupéfiants, antibiotiques, etc), les règles à suivre pour la gestion du traitement personnel, etc. Ils sont disponibles dans l'outil de gestion documentaire informatique institutionnel de l'établissement. Un document intitulé « qualité, sécurité et efficacité : une priorité pour tous les acteurs du circuit du médicament » a été établi et diffusé sous format papier lors des formations par les pilotes du processus. Ce document regroupe les principales règles de bonnes pratiques dans la prise en charge médicamenteuse à destination des acteurs des services de soins.

Des outils d'aide à la prescription sont à disposition des prescripteurs, notamment le livret du médicament (papier), le Vidal ou le Dorosz via le logiciel de dossier patient. L'outil « antibior » est également disponible sous format papier ou comme App pour Smartphone à destination plus particulièrement des internes.

Les démarches structurées d'information des patients sur la prise en charge médicamenteuse sont centrées essentiellement sur la consultation d'annonce. Cette information est délivrée par les IDE dédiées à cette activité. Un projet de démarche d'éducation thérapeutique est en cours d'élaboration au niveau de la diabétologie.

Les interfaces avec les services sont définies et organisées : commandes, analyse des ordonnances, circuits et modes de transport, livraison dans les services, stockage dans les unités, gestion des traitements personnels des patients, élimination des déchets dont les concentrés de cytostatiques, y compris pour les unités sanitaires.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Au Centre Hospitalier de Sarreguemines, le programme de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est déployé dans les services de soins sous la responsabilité de la directrice des soins et la cadre de santé de la PUI de Robert Pax. Il s'appuie sur les « infirmières, référents médicaments ». Celles-ci sont conviées à des réunions d'information, et réalisent les autoévaluations de la prise en charge médicamenteuse dans leur propre service avec l'outil Archimed, aidées par les cadres.

9 services sur 23 ont réalisé l'identification de leurs risques avec l'outil d'autoévaluation de la prise en charge médicamenteuse Archimed fin 2015. Cependant, la connaissance des professionnels de terrain des risques liés à la prise en charge médicamenteuse est partielle et très variable d'un service à l'autre.

L'ensemble des services s'est assigné les objectifs institutionnels autour de l'administration des médicaments. Le service de pédiatrie quant à lui s'est désigné des objectifs spécifiques notamment autour des « pipettes de dispensation » des médicaments liquides et de la cohabitation de plusieurs supports de prescription médicamenteuse.

Le dispositif de déclaration des événements indésirables est connu, et utilisé par les personnels de soins, y compris pour les événements liés à la prise en charge médicamenteuse. Ils sont généralement informés des suites données à leur déclaration par l'encadrement de proximité ou via l'outil informatique institutionnel de la gestion de la qualité.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Concernant la disponibilité des compétences au niveau de la pharmacie à usage intérieur (PUI) du Centre Hospitalier de Sarreguemines, l'établissement dispose de 5,4 ETP pharmaciens (dont 3,5 pour la PUI de Sarreguemines - UCPC comprise ; 0,5 pour la PUI de Bitche, 1 radiopharmacien et 2 vacations/ semaine par des pharmaciens d'officine pour les unités sanitaires).

La permanence pharmaceutique repose sur une astreinte pharmaceutique, associée à des dotations d'urgences dans les services.

Le pharmacien responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse ne dispose pas de temps dédié à cette activité.

Le nombre de préparateurs en pharmacie est en adéquation avec les besoins de fonctionnement des 2 pharmacies à usage intérieur. Dans les services de soins, les interlocuteurs relais sont les « IDE référents médicament ».

L'activité de préparation des médicaments radiopharmaceutiques est réalisée exclusivement par les manipulateurs en électroradiologie médicale. Leurs connaissances et aptitudes sont réévaluées périodiquement au moyen de l'audit sur les bonnes pratiques de radiopharmacie effectué tous les ans. Les MERM nouveaux arrivants bénéficient d'un programme d'intégration de 9 jours associé à un dispositif d'évaluation qui peut être prolongé si besoin. Ce dispositif est formalisé en « livret d'accueil du MERM » et est systématiquement suivi de l'audit sur les bonnes pratiques en radiopharmacie.

Les documents tels que les règles de prescription ou l'administration médicamenteuse ou encore le

traitement personnel du patient sont disponibles dans l'outil institutionnel de gestion documentaire informatisée. Cette ressource est identifiée par les personnels de terrain. La connaissance de leur contenu par les professionnels de terrain est très variable d'un service à l'autre.

Les outils d'aide à la prescription sont intégrés au logiciel de prescription. Celui-ci permet également des alertes et informations contextualisées en fonction des antécédents du patient, à la condition d'avoir entré les informations au préalable dans l'outil de codage des actes médicaux. Les pharmaciens ont la possibilité d'utiliser l'outil pour tracer leurs avis, conseils ou demandes dans ce même outil. Les IDE ayant également accès aux avis pharmaceutiques, cet outil est également utilisé pour les aviser de particularités comme la possibilité d'écraser tel ou tel médicament par exemple.

Les locaux de la PUI du site de Robert Pax datent de 2009 et sont adaptés aux activités en place, y compris pour l'activité de reconstitution des cytostatiques. Ces locaux sont sécurisés et ne permettent ni aux usagers ni aux personnels de l'établissement non autorisés d'entrer. Le circuit de dispensation des médicaments aux patients extérieurs comprend une salle d'attente et une salle de dispensation distinctes, permettant de préserver la confidentialité tout en interdisant l'accès aux patients à la partie stockage des médicaments.

L'ensemble des réfrigérateurs et congélateurs de la pharmacie à usage intérieur bénéficient d'un dispositif de mesure et enregistrement de la température en continu ainsi que d'un report d'alarme au niveau du standard de l'établissement. Les médicaments et les dispositifs médicaux sont stockés dans des étagères conventionnelles. La reconstitution des cytostatiques est réalisée dans des locaux dédiés sur Robert Pax incluant un sas, une salle de stockage pour les consommables relevant de cette activité, une salle dédiée aux contrôles, et une grande salle spacieuse contenant l'isolateur. Cette salle bénéficie d'une centrale de traitement d'air permettant d'atteindre une qualité d'air de niveau ISO7 supérieur à celle attendue.

Cependant, les locaux de la PUI de Robert Pax ne permettent pas de respecter les règles de maîtrise du risque infectieux. Les armoires de stockage des dispositifs médicaux stériles et solutés massifs sont stockés dans la même zone que les containers déchets d'ordure ménagère et de déchets d'activité à risque infectieux associés aux soins. Cette situation est liée à l'absence de local dédié au stockage des déchets dans les locaux de la pharmacie.

Les locaux de la PUI du site de Bitche sont destinés exclusivement à la préparation des commandes de médicaments des services de Bitche, incluant la préparation de la dispensation nominative et l'analyse pharmaceutique. Les autres activités étant déléguées à la PUI de Robert Pax.

Les locaux de la radiopharmacie situés sur le site de Freyming sont constitués d'une salle dédiée aux préparations, une seconde dédiée aux contrôles. Les locaux accueillant la radiopharmacie sont situés au sein du centre hospitalier Freyming-Merlebach. Cette activité a été rattachée au centre hospitalier de Sarreguemines en janvier 2015. Depuis, plusieurs dispositions ont été prises : changement de l'isolateur, création d'un sas, achat de protège-seringues plombés supplémentaires, etc. Le déménagement de cette activité sur le site de Sarreguemines est inclus dans le projet d'établissement. Il est programmé pour 2019 et bénéficie d'un financement COPERMO. L'établissement et l'équipe de médecine nucléaire travaillent actuellement sur le plan des futurs locaux. Cependant, certaines dispositions concernant les règles techniques minimales de conception d'exploitation et de maintenance auxquelles doivent répondre les installations ne sont pas atteintes notamment au niveau du système de traitement d'air. Ce constat a été fait par l'Agence de Sûreté Nucléaire (ASN) et par l'Agence Régionale de Santé qui ont accepté un fonctionnement dans ces conditions dans l'attente du transfert de cette activité sur le site de Robert Pax dans des locaux neufs. La conception des plans est en cours et doit être transmise à l'ASN.

Concernant les équipements et matériels, les services de soins disposent d'armoires adaptées au système « plein vide » pour les médicaments comme pour une partie des dispositifs médicaux. Elles disposent de serrures permettant de les fermer à clef et sont situées dans les salles de soins. Le stockage des stupéfiants dispose d'une serrure à clé. Les chariots d'urgence sont à disposition dans les salles de soins des services visités. Les réfrigérateurs présents en salle de soins sont dédiés exclusivement au stockage des médicaments.

L'unité de reconstitution des cytostatiques (URC) bénéficie d'un isolateur de classe A avec un poste de travail unique et desservi par 2 sas de stérilisation. Une hotte à flux laminaire placée dans le préparatoire de la pharmacie est prévue en cas de panne. Celui-ci bénéficie d'une requalification annuelle afin de rester opérationnel en cas de nécessité. L'URC dispose également un aérobiocollecteur pour pouvoir effectuer des autocontrôles de la qualité de l'air.

Les équipements en place pour la radiopharmacie comprennent une enceinte blindée de préparation dite "moyenne énergie", avec un sas d'entrée et de sortie et un flux laminaire. L'outil informatique couplé à l'enceinte de mesure de la radioactivité alimente directement le logiciel de suivi de la prise en charge des patients. Un support de préparation a été mis en place en collaboration avec l'équipe opérationnelle d'hygiène et un laboratoire industriel. Cet équipement a pour objectif de diminuer les risques de piqûre au cours des préparations nécessitant des manipulations répétées d'aiguille. Des protège-seringues plombés sont disponibles en nombre suffisant. Le système informatique en place permet la réalisation du fonctionnement défini dans la stratégie de l'établissement : ordinateurs, logiciels (PUI stockage commandes, URC, radiopharmacie, etc) procédures dégradées en cas de panne, plan de reprise si nécessaire.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La mise en œuvre de la prise en charge médicamenteuse au Centre Hospitalier de Sarreguemines a été investiguée dans les services de réanimation, chirurgie générale digestive urologique, et pédiatrie et au niveau des 2 PUI, de l'URC ainsi que de la radiopharmacie.

Au niveau de la PUI de Robert Pax, l'organisation des commandes de médicaments auprès des fournisseurs repose sur l'évaluation des stocks par les préparateurs en pharmacie.

Les livraisons des médicaments sont effectuées par les préparateurs en pharmacie directement dans les services de soins. Le transport est assuré dans des « rolls » ouverts toujours accompagnés par le préparateur référent du service. La commande est systématiquement vérifiée 2 fois, si possible par 2 personnes différentes. Les préparateurs se chargent également du rangement de la commande dans les armoires des services selon le système « plein-vide ». Les médicaments à risque bénéficient d'un étiquetage particulier permettant d'attirer l'attention. Les médicaments thermosensibles et les stupéfiants sont livrés selon les mêmes modalités que les autres molécules avec livraison par le préparateur en pharmacie. Ce dispositif est connu des IDE interviewées. La liste des prescripteurs habilités est régulièrement mise à jour et disponible au niveau de la PUI de Robert Pax.

La plupart des services utilisent la prescription informatisée à l'exception de la réanimation, des services de chirurgie et du bloc opératoire/ anesthésie et la pédiatrie de façon partielle.

Toutefois, les règles de prescription ne sont pas systématiquement mises en œuvre, notamment celle du support unique de prescription. En pédiatrie, les prescriptions sont tantôt informatiques, tantôt papier selon la spécialité du prescripteur. En chirurgie spécialisée, il existe plusieurs supports de prescription papier concomitants l'un pour l'anesthésiste, l'autre pour le chirurgien. Dans le service de cardiologie, les prescriptions sont recopiées en salle de soins devant l'ordinateur sur papier libre avant de faire les « tournées » d'administration des aérosols. Lors de la réalisation du patient traceur en chirurgie digestive, il a été constaté une retranscription des prescriptions par les infirmières, en s'appuyant sur la prescription de l'anesthésiste réalisée sur le rapport provisoire de sortie de la réanimation, ou sur l'ordonnance de ville du patient. Cette retranscription n'est pas systématiquement contre validée en temps réel par la signature du médecin. Le schéma directeur des systèmes d'information ne précise pas les échéances prévues pour finaliser la mise en œuvre effective de la prescription informatisée dans ces services. Les outils d'aide à la prescription disponibles dans l'outil informatique par un lien dans la fenêtre du « cahier de prescription » sont connus des médecins rencontrés.

De plus, la continuité du traitement médicamenteux de l'admission jusqu'à la sortie est assurée de façon très inégale d'un service à l'autre. En effet, les règles de bonnes pratiques sur le traitement personnel étaient peu, voire pas connues des IDE rencontrées sur le terrain, à l'exception du service de SSR de Bitche. Ces recommandations ont pourtant été intégrées au livret de la pharmacie qui a fait l'objet d'une diffusion dans les services de soins.

Les services utilisant la prescription informatisée bénéficient d'une analyse pharmaceutique de niveau 2. Cette analyse comprend le traitement personnel, lorsqu'il est entré dans l'outil informatique. Les pharmaciens peuvent laisser un message pour une ligne de prescription donnée lors de leur analyse d'ordonnance. Le médecin est alors averti par l'apparition d'une icône spécifique sur la ligne de prescription et a la possibilité d'y répondre. Ces messages pharmaceutiques sont accessibles également par des infirmières en cas de spécifications concernant l'administration des médicaments.

L'organisation de la préparation des médicaments est propre à chaque service.

La préparation des chimiothérapies est centralisée au niveau de l'URC située dans les locaux de la pharmacie ; les cytostatiques font l'objet d'une double validation systématique avant délivrance. Les préparations radiopharmaceutiques sont faites dans l'espace dédié dans l'unité de médecine nucléaire. Les médicaments radiopharmaceutiques, prescrits pour les enfants, font l'objet d'une validation systématique par le radiopharmacien. Les autres préparations injectables sont réalisées par les IDE dans les services.

La dispensation des médicaments est globale pour tous les services du site de Robert Pax (Médecine chirurgie obstétrique), nominative pour les services du site de Bitche (SSR, LS) et de Forbach (Radiopharmacie) ainsi que pour les cytostatiques. Le manuel qualité définissant la stratégie de l'établissement ne mentionne pas de projet ni d'objectif d'extension de la dispensation nominative.

Cependant, la traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient n'est pas systématiquement assurée.

Dans les services visités (pneumologie, chirurgie urologique, SLD Bitche), les formes sèches des médicaments sont déposées dans des pots sur le chevet du patient, sans identification ou avec uniquement le nom de la chambre selon les services. L'absorption par le patient de ses médicaments n'est pas observée, et la mention de « patient autonome » n'est pas tracée dans le dossier ni prescrite. Les bonnes pratiques d'administration font l'objet d'un protocole ainsi que d'un guide. Des sensibilisations ont été faites aux soignants sur la base de ce guide. Certains éléments de bonne pratique - notamment ceux évoqués ci dessus - n'y figurent pas.

L'information des patients sur leur traitement est assurée en consultation d'annonce par les IDE.

Au moment de l'investigation, il n'y avait ni programme d'éducation thérapeutique en place, ni conciliation médicamenteuse.

Dans les services investigués, les frigos contenaient exclusivement des médicaments, les feuilles de traçabilité du bionettoyage et de la température étaient disponibles, correctement renseignés. Par ailleurs, les chariots d'urgence étaient présents, scellés, avec un contenu défini et des péremptions régulièrement contrôlées et tracées, à l'exception du service de réanimation, dans lequel le chariot n'est

pas scellé à la demande des médecins pour des raisons de rapidité d'intervention.
La préparation des cytostatiques pour l'établissement de Forbach fait l'objet d'un registre dans lequel sont enregistrés les dates et horaires de remise des préparations aux transporteurs.
Les interfaces avec les autres secteurs du Centre Hospitalier de Sarreguemines sont opérationnelles.
A noter que l'URC du site de Robert Pax prépare toutes les reconstitutions de cytostatiques pour le Centre Hospitalier de Forbach. Cette sous-traitance est l'objet d'une convention qui définit le circuit complet, ainsi que les rôles et responsabilités de chacun. Le pharmacien en charge de l'URC participe aux Réunions de Concertation Pluridisciplinaires au cours desquelles se discutent la situation d'un patient, les traitements possibles en fonction des dernières études scientifiques, l'analyse des bénéfices et des risques encourus, ainsi que l'évaluation de la qualité de vie qui va en résulter.
L'instance liée à la prise en charge médicamenteuse (le comité du médicament) est opérationnelle. Les membres se réunissent périodiquement et les réunions donnent lieu à des comptes rendus. Il sert essentiellement à passer les recommandations auprès de l'ensemble membres. Le taux de présence des médecins prescripteurs pour l'année 2016 est inférieur à 30%.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation de la prise en charge médicamenteuse au Centre Hospitalier de Sarreguemines se décline autour de plusieurs dispositifs.
Des évaluations des modalités de stockage des médicaments dans les services de soins sont régulièrement effectuées, par l'organisation basée sur la livraison et le rangement dans les services par les préparateurs en pharmacie, et par une visite complète par le cadre de la pharmacie une fois par an depuis 2012.
Un audit ponctuel a été réalisé sur les règles de bonnes pratiques suite à la diffusion d'un guide réalisé par les pilotes de la thématique afin d'identifier si les informations sont connues des agents.
Une évaluation des pratiques professionnelles a été mise en place suite à une inspection de l'ARS de 2014 sur les modalités d'administration des médicaments. Une seconde itération de l'évaluation a été effectuée en 2015.
Plusieurs indicateurs en plus de l'IPAQSS, Hôpital numérique ou ceux liés au contrat de bon usage des antibiotiques sont suivis régulièrement. Notamment concernant l'URC, les contrôles de la qualité de l'air sont effectués une fois chaque trimestre par un organisme externe prestataire. L'équipe dispose des appareils nécessaires pour faire des contrôles, au besoin. Des indicateurs de non-conformités pour les cytostatiques de Forbach sont suivis régulièrement et font l'objet d'un retour au cours d'une réunion annuelle. Les résultats de contrôles des surfaces font également l'objet d'un retour auprès de l'équipe d'ASH chargée de ce secteur. Une réunion qualité dédiée à cette activité est programmée trimestriellement.
Au niveau de l'activité de radiopharmacie, plusieurs indicateurs sont en place : contrôles bactériologiques, évaluation de la performance (pureté radiochimique, radiochromatographie, spectrométrie, activité, pH) mais également l'évaluation de l'efficacité (taux de conformité de la préparation aux protocoles, analyse des écarts par rapport aux niveaux de références diagnostiques, taux de prescription médicale). L'activité de médecine nucléaire et en particulier la préparation des médicaments radiopharmaceutiques fait, également, l'objet d'une évaluation des pratiques professionnelles centrée sur l'activité des manipulateurs d'électroradiologie médicale, qu'il est prévu de renouveler tous les ans.
L'établissement a mis en place une commission de retour d'expérience dédiée à la prise en charge médicamenteuse en 2014. L'analyse des événements est menée selon la méthode ORION. 6 réunions ont eu lieu en 2016. Un bilan est réalisé et diffusé une fois par an. Les feuilles d'émergence font état de la présence de 0 à 1 prescripteur selon les réunions.
Une commission de retour d'expérience spécifique à l'activité de médecine nucléaire est en place depuis avril 2015 et inclut l'activité de radiopharmacie dans les événements analysés. L'analyse des événements est menée également selon la méthode ORION et s'est réunie 5 fois en 2016. Par ailleurs, un staff hebdomadaire est en place. Il rassemble l'ensemble de l'équipe et permet d'évoquer modifications, ajustements, ou informations à partager.
Ces activités d'évaluation sont pilotées par le RSMAPCM et le cadre de la pharmacie. Pour certains dispositifs, ils sont assistés par le directeur des soins et par un membre de l'équipe qualité.
Les activités de l'URC et de radiopharmacie sont pilotées par les pharmaciens référents de ces activités. Un dispositif structuré des évaluations liées à la radiopharmacie est en place ; il est suivi régulièrement et analysé au regard des objectifs fixés.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

Plusieurs actions d'amélioration, intégrées dans le programme d'amélioration de l'établissement, sont en

cours autour de la prise en charge médicamenteuse au Centre Hospitalier de Sarreguemines.

Celles-ci portent notamment sur :

- la diffusion du « livret pharmacie » sur les bonnes pratiques de prise en charge médicamenteuse dont le concept des « never events » ou le traitement personnel notamment ;
- la sensibilisation des agents à l'identification des injectables ainsi que la diffusion d'étiquettes harmonisées ;
- un travail autour des médicaments non conditionnés unitairement ;
- l'établissement de la liste des médicaments administrables par sonde entérale.

Les actions d'amélioration en cours touchent plusieurs aspects de la prise en charge médicamenteuse. L'extension de la prescription informatique à l'ensemble des services, notamment aux chirurgies et à la réanimation est inscrite au compte qualité avec une date de finalisation pour décembre 2017. Cette action n'a pas été priorisée par l'établissement malgré un haut niveau de criticité, du fait de difficultés de mise en place auprès de la communauté médicale concernée.

Les résultats des évaluations (CREX, audits, indicateurs etc) et les actions d'amélioration menées sont communiquées auprès des professionnels par le biais de publications dans les journaux internes, sur le site intranet et en réunion de cadres. Les usagers sont informés par le biais d'affichage au sein de l'établissement et par le site internet de l'établissement.

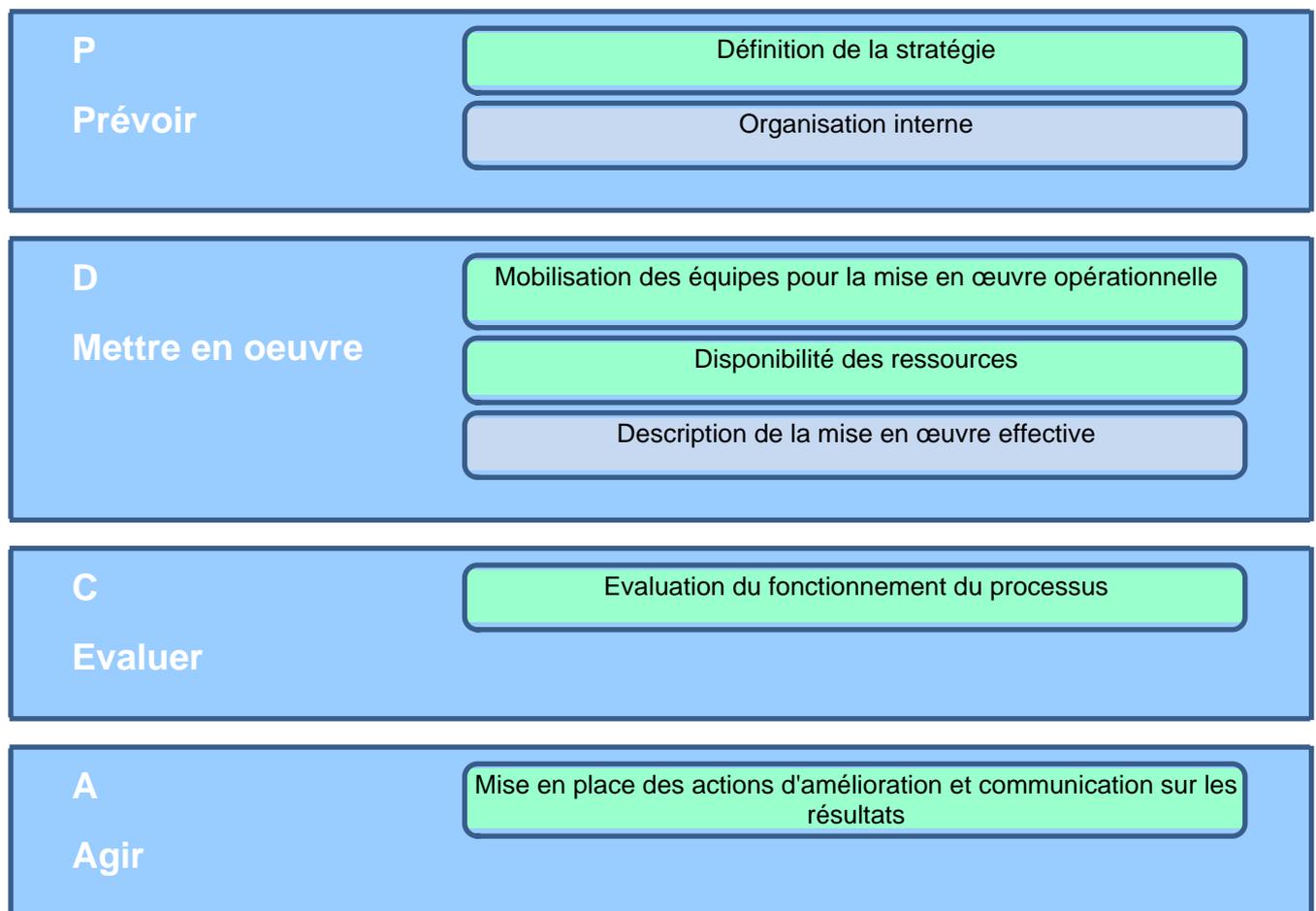
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que le service des urgences, partie prenante des réseaux d'urgences du territoire de santé, a défini une organisation qui garantit une réponse réactive et adaptée aux besoins de soins immédiats susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel. L'organisation doit intégrer la mise en place de filières adaptées à certaines pathologies ou populations et intégrer la formalisation de la contribution des différents services concernés à la prise en charge des urgences et à l'accueil des patients dans le cadre d'une hospitalisation.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le service des urgences du CH de Sarreguemines dispose :

- sur le site de Sarreguemines, d'une antenne SMUR, d'un secteur adulte (avec 3 box circuit courts, 4 box de médecine, 2 salles de déchocage), d'un secteur pédiatrie (avec 3 box de consultation), d'une UHCD de 5 lits.
- pour les urgences gynécologiques et obstétricales sur Sarreguemines, d'une permanence de soins assurée en consultation gynécologie pour les urgences gynécologiques et les grossesses de moins de 22 semaines et directement en salle de naissance pour les grossesses de plus de 22 semaines.
- sur le site de Bitche, d'une antenne SMUR, d'un centre de soins non programmés (CSNP) pour patients ambulants avec une salle de déchocage, une salle de médecine, une salle de plâtre et une salle de suture.

Le service d'accueil des urgences de Sarreguemines accueille annuellement environ 30 000 passages en urgences adultes et 8000 en urgences pédiatriques. Sur Bitche, le CSNP accueille 5000 passages par an.

Il existe des coopérations et des partenariats au sein du réseau des urgences (autres établissements lorrains, CHU de Nancy et de Strasbourg).

La politique de prise en charge des urgences et des soins non programmés est intégrée dans le projet médical 2016-2020, avec un axe priorisé d'améliorer la filière de prise en charge des patients de premier recours, et deux objectifs définis selon une analyse du profil de risque spécifique aux urgences de l'établissement :

- Améliorer les conditions d'accueil des patients aux urgences,
- Organiser des filières de prise en charge spécifiques aux urgences (circuit court, filière spécifique personne âgée).

Cette stratégie a été validée par la CME en décembre 2015 ainsi que par les instances concernées.

D'autre part, les urgences font partie des 9 filières complémentaires en cours de formalisation dans le cadre du projet médicale partagé du Groupement Hospitalier de Territoire Moselle-Est.

En respectant la méthodologie institutionnelle, une identification, analyse et hiérarchisation des risques a priori, avec déclinaison d'un programme d'actions, sont réalisées et inscrites au compte qualité. Si ces modalités d'évaluation des risques préconisées par l'établissement ne permettent pas toujours d'avoir une visibilité des risques propres au secteur d'activité, les mesures d'amélioration mises en œuvre correspondent néanmoins bien aux risques réels relevés par les professionnels. Ainsi, des actions prioritaires sur le renforcement des ressources humaines, la réorganisation des locaux, l'optimisation de l'interface avec la radiologie, le brancardage ont été identifiées en tenant compte des données sources spécifiques du secteur des urgences (analyse de la conformité à la réglementation, rapports d'inspection, bilan de la dernière procédure de certification, conformité des effectifs au regard des recommandations de la SFMU, évaluations, audits, enquêtes, événements indésirables, bilan du suivi des temps d'attente et de passage, plaintes et réclamations, résultats des indicateurs, EPP, RMM, CREX, retours d'enquête de satisfaction patients).

Ce programme précise, pour chaque action, les modalités de suivi les responsabilités pour chacune des actions, la planification des actions dans des délais fixés dans un échéancier.

Ce programme est présenté annuellement aux instances de l'établissement dont la CDU. Il est intégré au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation est définie pour piloter de façon commune et mettre en œuvre la politique de prise en charge des urgences et des soins non programmés sur les deux sites de Sarreguemines et Bitche. Le pilote désigné est le chef de service des Urgences. Une lettre de mission cosignée de la directrice qualité et du président de CME lui a été remise. Un appui méthodologique de la direction qualité lui a été proposé pour l'analyse du processus et l'élaboration du compte qualité.

Il existe une commission des admissions et consultations non programmées (CACNP), dont les missions, la composition et le mode de fonctionnement sont définis dans un règlement intérieur. Elle définit les circuits des admissions non programmées, les règles d'hébergement, les différentes règles d'orientation, les modalités de permanence de soins. Elle implique de manière effective les autres services et l'administration.

Un règlement intérieur « Accueil hospitalier admissions et consultations non programmées » décrit le fonctionnement des urgences et est en cours de réactualisation. Les circuits de prise en charge y sont définis et formalisés selon le degré d'urgence et la typologie des patients. 3 degrés d'urgences sont identifiées à l'accueil, selon la grille de tri IOA. Il existe une filière courte de consultation simple (petite traumatologie, médecine générale..) avec sectorisation médicale et paramédicale visant à désengorger les urgences.

Le rôle et les responsabilités des professionnels concernés ou impliqués dans la politique de prise en charge des urgences et des soins non programmés et sa mise en œuvre sont définis et précisés dans les fiches de poste.

Le recours aux avis spécialisés est formalisé et connu par les acteurs du territoire de santé. L'établissement a formalisé des conventions ou procédures d'organisation du recours aux spécialistes (interne/ externe) entre le service des urgences et les services de spécialités. Ainsi, il a recours aux avis spécialisés suivants sur le territoire de santé : avis neurologique et filière UNV à Forbach, convention de coopération de télé expertises d'imagerie médicale avec le CHU de Nancy, avis neurochirurgical à Nancy, USIC à Metz, chirurgie cardiaque et vasculaire à Nancy, médecine interne et oncologie hématologie, néphrologie au CHU Nancy. Des astreintes de référence au niveau régional sont organisées : ORL, ophtalmologie endoscopie digestive et urologique, PMO. En interne, des astreintes de spécialités internes à l'établissement sont en place, avec un tableau de garde accessible sur intranet. Pour pallier aux contraintes architecturales des locaux des urgences adultes du CH de Sarreguemines (absence de box prévu pour les brancards de patients en attente de résultats d'examen, de visibilité sur l'entrée des patients à partir du poste IOA), une organisation a été mise en place pour renforcer la surveillance des patients en zone d'attente et préserver la confidentialité (achat de paravents, sectorisation de prise en charge médicale et paramédicale, limitation du nombre d'accompagnants). Un plan architectural est en cours de réflexion, avec un projet à court terme de réorganisation de la zone d'accueil/secrétariat/salles d'attente, et à plus long terme d'extension des locaux.

Le dossier des urgences est informatisé et intégré au DPI de l'établissement. Il permet notamment d'assurer la continuité de la prise en charge du patient, un partage de données d'imagerie médicale via un logiciel spécifique. En cas d'hospitalisation, le service des urgences s'assure de transmettre l'ensemble des données patient au service d'aval par une impression systématique du dossier.

Concernant les ressources matérielles, les besoins en matière d'achats et d'approvisionnement sont identifiés (harmonisation des équipements dans les deux SMUR, revue des sacs SMUR pour en adapter le contenu et les alléger, tableau mural avec affichage des lits disponibles et des sorties prévues dans les services, projet d'affichage sur grand écran permettant de visualiser en temps réel les délais d'attente et la localisation des patients, etc.)

Un dispositif d'entretien et de maintenance préventive/curative des équipements est prévu à échéance fixe. La gestion des pannes/dysfonctionnements est organisée.

L'hygiène des locaux est organisée (épidémie, identification des patients BMR, etc.).

Les procédures et autres documents relatifs aux urgences sont intégrés à la gestion documentaire de l'établissement.

La proximité immédiate du laboratoire (aux urgences de Sarreguemines) et du secteur de radiologie (aux Urgences de Sarreguemines et au Centre de Soins Non programmé de Bitche) permet d'optimiser les interfaces. Pour le CSNP de Bitche, le transfert des prélèvements au laboratoire du CH de Sarreguemines est organisé (convention avec société de transport).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'encadrement est informé des actions du PAQSS et de leur suivi en réunion de cadre, où un point qualité est systématiquement réalisé par le coordonnateur des risques associés aux soins. Il transmet ensuite l'information aux professionnels, via la mise à disposition dans les postes de soins des relevés de conclusions des réunions et transmissions en staffs d'équipe. La mobilisation des cadres et des médecins des urgences autour du compte qualité des urgences, mais également sur les processus parcours patients, est effective. Le PAQSS est consultable dans l'ensemble des services de soins, au moyen du logiciel QGDR. Il est formalisé sous forme de fiches actions informatisées permettant de structurer un programme propre au service et d'en assurer le suivi par les responsables des services.

La direction qualité a déployé des moyens de communication auprès des professionnels concernant le programme d'amélioration qualité sécurité des soins et son évolution (diffusion d'une brochure « les fondamentaux de la démarche processus certification V2014, PAQSS et cartographies des processus accessibles sur le logiciel QGDR). Les responsables de BO, SSPI, UCA vérifient la conformité des pratiques par la réalisation d'audits de pratiques, l'évaluation des respects des protocoles et le suivi d'indicateurs. En cas de baisse des résultats des actions sont mises en œuvre (formation, mise en œuvre d'un logiciel pour suivre les temps opératoires et améliorer le flux des patients ...). De plus, l'équipe participe à un benchmarking avec les autres établissements de la région pilotée par l'ARS. Les professionnels connaissent et utilisent le système de déclarations des EI.

La communication aux professionnels est réalisée par l'encadrement qui organise des staffs quotidiens d'équipe permettant d'échanger sur les sujets à problèmes, les prises en charge à améliorer, les bonnes pratiques ou recommandations.

Les professionnels des urgences participent à l'élaboration des procédures et autres documents, au recueil et à l'analyse des événements indésirables, aux comités de retour d'expérience, aux démarches EPP, au traitement des plaintes et réclamations, etc.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs des professionnels sont disponibles et répondent aux besoins et à l'activité. Sur Sarreguemines, deux IAO se relaient sur 15h/j et un relai est pris par un IDE pour assurer le tri des

patients 24h/24. Sur Bitche, une IDE est présente 24h/24h (relais de 3 IDE). En cas de sortie SMUR, le relai est assuré par une AS formée à l'accueil, puis PEC du patient par une IDE de médecine. »

L'effectif de l'équipe de la structure de médecine d'urgence permet d'assurer la continuité de la prise en charge du patient, y compris la nuit, les week-ends et les jours fériés.

En cas de modification de l'activité ou de prise en charge spécifique, les ressources sont ajustées. Pour exemple, le dispositif Hôpital En Tension prévoit une organisation spécifique du brancardage pour s'adapter au flux des patients. Les professionnels en poste sont formés au regard du plan de formation. Une formation IOA par an est inscrite au plan de formation institutionnel. A ce jour, 24/30 IDE ont été formées.

Ils participent aux ateliers de formation pratique mensuels de réactualisation des connaissances avec pratiques sur mannequins. Les remplaçants/intérimaires et les nouveaux arrivants sont intégrés et formés.

La gestion documentaire est en place. Les procédures et autres documents utiles sont disponibles, accessibles et à jour.

Des documents d'information sont mis à disposition des patients.

Les aménagements de locaux et d'équipements permettent de préserver la confidentialité, d'assurer l'accès des personnes vulnérables, notamment handicapées.

Les personnes gardées à vue et les détenus sont accueillis sur un autre point d'accès.

En cas de plan blanc, un local spécifique permet d'accueillir des patients ou des victimes se présentant massivement et est situé à proximité de la structure des urgences. En cas de risque NRBC, les urgences disposent de locaux pré-identifiés: une ligne de décontamination, composée de quatre douches, est installée dans le SAS des Urgences.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les plannings médicaux et paramédicaux sont respectés.

La permanence des soins est assurée. Un tableau, accessible à tous sur intranet, permet d'identifier les professionnels ressources en garde ou astreinte, ainsi que les moyens de les joindre pour l'ensemble des activités de l'établissement.

La mise en place des circuits est effective : circuit des patients (AVC, infarctus du myocarde, soins immédiats, patients couchés, etc.), circuit du matériel, circuit du linge, circuit des déchets.

La maîtrise du risque infectieux est effective. Les règles de sécurité sont appliquées au quotidien.

Les conditions d'accueil et les organisations de prise en charge sont conformes aux dispositions prévues par l'établissement, tenant compte des différentes catégories de populations, et des différents circuits et étapes de la prise en charge (modalités et conditions d'accueil au service des urgences, respect de la confidentialité de l'entretien, documents d'accompagnement utiles à la prise en charge du patient, identification du patient, évaluation de la douleur, relevé des constantes et surveillance adaptée à la pathologie, bonnes pratiques de prescriptions et d'administration des médicaments, transmissions des informations dans les secteurs d'activités ou en sortie).

L'informatisation du dossier permet l'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient.

La visualisation de la disponibilité des lits s'effectue sur le logiciel d'admission, avec appels des services organisés trois fois par jour pour réajustement en temps réel et évaluation des sorties prévues inscrits sur un tableau mural.

Un dispositif d'évaluation et suivi des temps d'attente et de passage selon le degré d'urgence est en place. L'outil informatique permet le recueil des heures d'arrivée, de passage, des temps d'attente, des délais de prise en charge des patients, de sortie des patients. Un protocole précise la saisie systématique des cinq TOP horaires. Ces indicateurs de délai d'attente qui sont relevés à partir de l'outil informatisé et suivis sur un tableau de bord.

La gestion des EI est effective (procédures de signalement/d'analyse et supports de signalement connus des professionnels, participation effective à la déclaration des EI : 68 FEI signalées en 2016).

Les professionnels participent en équipes pluri professionnelles/pluridisciplinaires aux RMM, aux CREX.

La CACNP est opérationnelle et se réunit deux fois par an. Des réunions de services sont organisées a minima deux fois par an sur Sarreguemines et sur Bitche.

Les interfaces entre le service des urgences et les secteurs cliniques, médicotechniques, techniques et logistiques, administratifs sont opérationnelles.

La communication entre professionnels est favorisée : des réunions communes entre secteurs sont organisées (staffs interservices, RMM communes etc.), notamment avec le service d'imagerie médicale où un travail d'optimisation et de priorisation des prises en charge des patients provenant des urgences est réalisé.

Les mesures de prévention du risque professionnel sont mises en œuvre. Le CHSCT est consulté et des actions issues du COPIL RPS sont incluses dans le PAQSS institutionnel.

La traçabilité est organisée et opérationnelle incluant les vérifications effectuées (maintenance, nettoyage, gestion des stocks...).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un dispositif d'évaluation et suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficacité, etc.) et qualitatifs (nombre d'événements indésirables, nombre de participants à la formation à la prise en charge des détresses vitales, délais de prise en charge des patients, satisfaction des usagers aux urgences, etc.) est en place et suivi par la CACNP. Il permet à l'établissement de mesurer l'efficacité du processus au regard des objectifs initiaux.

Des EPP sont menées au sein du service des urgences : audit MEAH sur délai d'attente aux urgences en 2008/2009 et 2012/2013 en lien avec l'ARS, évaluation de la douleur, pertinence des prescriptions antibiotiques, évaluation de la prise en charge du patient au décours d'une intoxication éthylique aiguë aux urgences, ateliers de simulation des pratiques de prise en charge de la détresse vitale chez l'adulte et chez l'enfant, participation d'un médecin urgentiste aux RMM.

Sur le site de Bitche, une enquête de satisfaction des usagers du CSNP est réalisée une fois par an.

Un bilan de la mise en œuvre du programme d'amélioration du processus est réalisé a minima, une fois par an. Les délais de mise en œuvre des actions d'amélioration sont respectés ou, le cas échéant, argumentés.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

La stratégie de prise en charge des urgences et des soins non programmés et son programme d'actions sont réajustés en fonction des résultats des évaluations et du suivi des indicateurs.

Des actions d'amélioration sont programmées et mises en œuvre de manière coordonnée et structurée au regard des résultats obtenus (exemples mutualisation des moyens de brancardage, priorisation des demandes d'examen radiologique selon degré d'urgence, protocole anticipé de prise en charge de la douleur, ...).

Ces actions d'amélioration sont intégrées au programme global qualité et gestion des risques.

La Direction QGDR intervient de façon régulière lors de publications dans les journaux internes, sur le site intranet, et en réunion des cadres, où elle relaye, promeut, et communique sur toutes les actions concourant à la mise en œuvre des démarches de certification, des EPP, REX, des campagnes de recueil des IQSS et autres indicateurs. La CDU est informée des résultats des évaluations et des actions conduites.

Les résultats des indicateurs nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels concernés et aux usagers via le site internet et affichage.

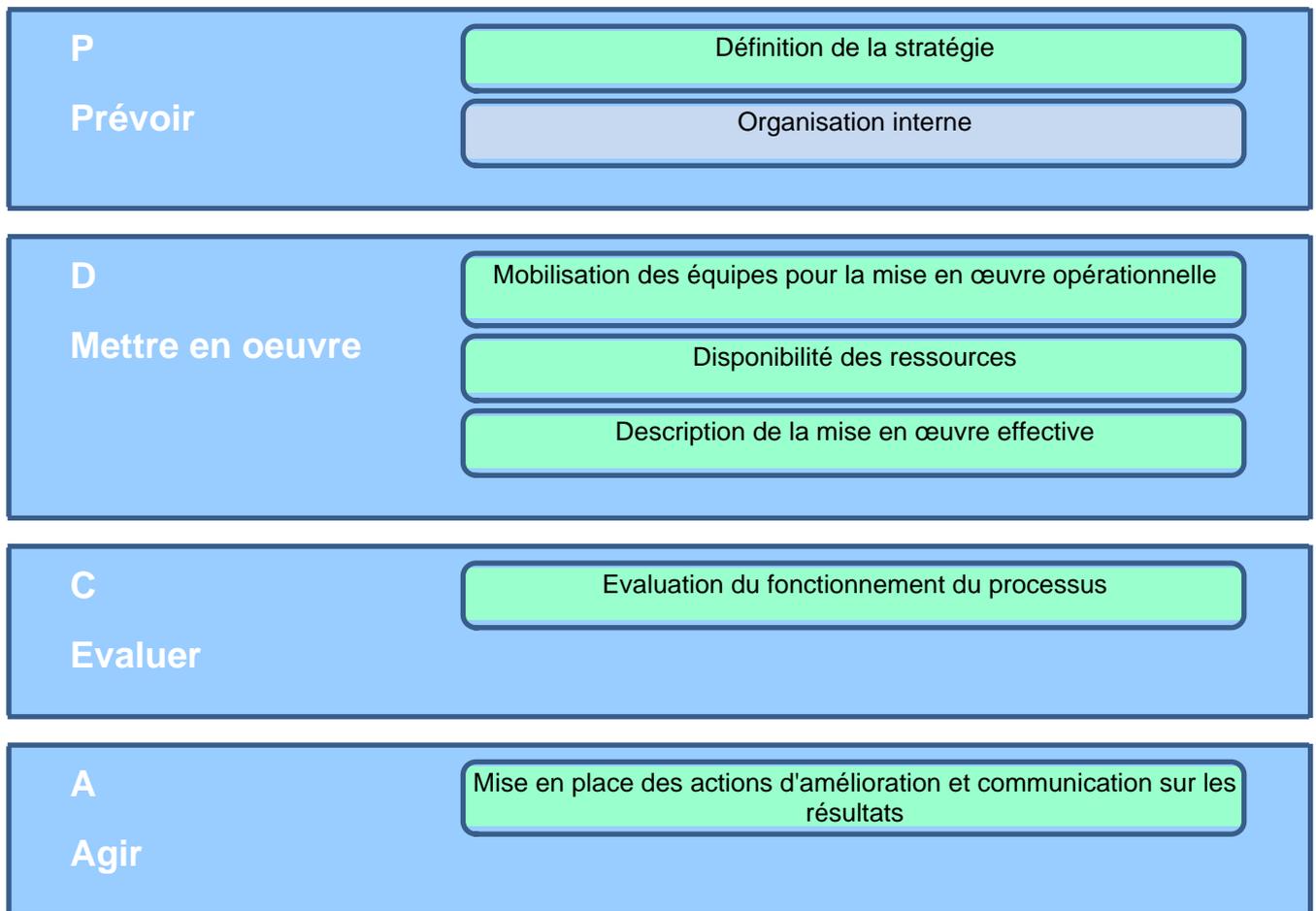
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place une démarche globale, collective, organisée et suivie de gestion de la qualité et des risques au bloc opératoire afin de garantir la sécurité des patients lors de la phase péri-opératoire. L'établissement doit montrer que sa démarche n'est pas liée uniquement à des actions immédiates et correctives liées à des événements indésirables, une situation de crise ou à l'actualité, mais fondée sur une approche systémique de la qualité et des risques et intégrée au projet managérial.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le bloc opératoire (BO) comprend huit salles dont une salle réservée pour les endoscopies sous anesthésie générale et une salle située à proximité du secteur de naissance pour les césariennes, un secteur d'accueil, une salle pour l'anesthésie Loco-régionale (ALR) . La SSPI intégrée au bloc opératoire comprend 12 postes. L'Unité de Chirurgie Ambulatoire (UCA), située à proximité du bloc opératoire comporte 18 places.

Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des missions, du contexte environnemental et d'une analyse des risques propres à l'établissement. Les équipes des hôpitaux de Sarreguemines sont référents en Moselle Est pour la prise en charge des urgences chirurgicales, la chirurgie des cancers (filiale cancers digestifs) et pour la prise en charge ambulatoire.

Ces orientations stratégiques s'articulent avec le Projet Médical d'Établissement, au niveau de :

- l'axe 2 : "Favoriser la mise en œuvre du parcours de soins en hospitalisation complète et ambulatoire" fiche projet 4
- l'axe 3 : "Maintenir et Poursuivre le développement des pôles de référence" et qui pour le secteur opératoire se décline dans une fiche projet : "optimiser le fonctionnement du bloc opératoire".

Cette politique d'optimisation de l'organisation de la prise en charge au BO et en UCA est déclinée auprès des professionnels des secteurs concernés.

En respectant la méthodologie institutionnelle, une identification, une analyse et hiérarchisation des risques avec déclinaison d'un programme d'actions préventives et de surveillance sont réalisées et inscrites au compte qualité. Si ces modalités d'évaluation des risques préconisées par l'établissement ne permettent pas toujours d'avoir une visibilité des risques propres au secteur d'activité, les mesures d'amélioration mises en œuvre correspondent néanmoins bien aux risques réels relevés par les professionnels des différents secteurs.

Le programme d'actions pour les secteurs du bloc, de la SSPI prend aussi en compte les résultats des évaluations internes (CREX, RMM, audits, réalisation d'un patient traceur) et les résultats de l'audit bloc opératoire par un consultant externe en 2014 et du "Benchmark UCA/BO 2015" réalisé sous l'égide de l'ARS Lorraine et s'incrémente dans le PAQSS institutionnel.

Ainsi les actions prioritaires sont :

- élaborer et mettre en place un "passeport de compétences pour les nouveaux arrivants"
- optimiser la programmation et éviter les débordements
- éviter le risque d'infection post-opératoire etc....

De façon régulière des réunions avec la cellule qualité sont menées pour évaluer l'avancement des travaux.

Le programme est présenté annuellement aux instances de l'établissement dont la CDU.

ORGANISATION INTERNE

Le processus "management de la prise en charge du patient au bloc opératoire" est piloté la CSS du pôle, la CS du BO, la CS de l'UCA, d'un médecin anesthésiste réanimateur (MAR) et aussi médecin coordonnateur de l'UCA et d'un chirurgien, président de CME.

L'établissement assure la permanence des soins H24 (en programmé du lundi au vendredi et en urgence sur l'ensemble de la semaine).

L'organisation du bloc opératoire est formalisée dans une charte de fonctionnement validée par un conseil de bloc opérationnel. Dans cette charte de bloc, élaborée en 2014 et réactualisée en septembre 2015 sont décrits les principes de fonctionnement, les responsabilités et missions des professionnels, les circulations (tenue vestimentaire, personnel, patient, matériel, linge, déchets), les relations bloc/services d'activité, le dossier patient, l'hygiène et l'environnement et la démarche qualité. Un conseil de bloc se réunit mensuellement, il analyse l'activité, définit les vacations opératoires attribuées à chaque opérateur et traite les dysfonctionnements. Une cellule de programmation hebdomadaire est en place. Un régulateur soignant (titulaire d'un DU logistique appliqué au bloc opératoire) et un régulateur médical sont nommés.

Les professionnels soignants (IBODE, IADE, IDE, AS, ASH) sont en nombre et en compétence pour assurer la réalisation du programme opératoire et la surveillance post-interventionnelle. Pour assurer l'activité d'urgence 24h/24, deux IBODE et un IADE sont de garde sur place. Les MAR (au nombre de 12) participent à la double garde (bloc/réa) 24h sur 24. Les brancardiers sont au nombre de quatre : deux en interne au bloc, un dédié aux transferts UCA et un pour la chirurgie conventionnelle. Les ASH en charge du bionettoyage sont formées aux techniques et à la notion de zonage par l'EOH. La validation de leur travail est obligatoire sur le logiciel de gestion du bloc sinon blocage de l'ouverture des salles.

Des fiches de poste sont élaborés pour chaque fonction.

Le plan de formation institutionnel permet aux professionnels du bloc de bénéficier de formations spécifiques à leur activité. Des "journées bloc" sont organisées permettant aux IDE/AS/ASH d'observer pendant deux jours le fonctionnement du bloc.

Une adaptation à l'emploi pour tout nouvel arrivant est organisée : un passeport de formation lui est remis et une évaluation régulière avec grille d'acquis est réalisée par l'encadrement (évaluation hebdomadaire par l'IBODE, mensuelle par le cadre) et positionnement en tant que circulante pendant six mois avant d'être instrumentiste. Les locaux sont en adéquation avec l'activité. Le BO comprend 6 salles d'interventions, 1 salle d'endoscopie sous AG, une salle réservée aux césariennes, 1 salle d'accueil, 1 ALR avec des équipements aux normes aussi bien au niveau chirurgical qu'anesthésique. La SSPI, intégrée dans le BO comporte 12 postes de surveillance séparés par des paravents et tous dotés d'un équipement complet.

Tous les circuits sont en marche en avant, aussi bien pour les professionnels que pour les patients et pour tous les circuits logistiques : déchets, linges, matériels.

L'ouverture des salles est organisée informatiquement quotidiennement par l'IADE et l'IBODE.

Chaque salle de bloc possède son propre arsenal. Pour chaque arsenal, la gestion du matériel est assurée par un IBODE qui a pour mission de contrôler le matériel, d'assurer la traçabilité des DM, de vérifier les péremptions.

Un préparateur en pharmacie dont un temps de travail est dédié au bloc opératoire est garant du suivi des commandes des DM, des commandes spécifiques de médicaments et autres matériaux médicaux, en lien avec un IADE référent pharmacie.

La maintenance préventive et curative des matériels de chirurgie et d'anesthésie par le biais de la GMAO est assurée par un IBODE, référent biomédical.

Un IADE est référent du chariot d'urgence.

Les investissements pour les travaux et matériels sont organisés et planifiés au niveau institutionnel.

Les documents relatifs à la prise en charge du patient au bloc opératoire, en SSPI et en UCA ont été élaborés et disponibles sur la GED. Au niveau du bloc opératoire, les protocoles sont en cours de réactualisation et rangés dans des classeurs par spécialité sous la responsabilité du référent chirurgical.

Le dossier du patient est transmis au bloc opératoire et comporte une fiche de liaison service/bloc puis une fiche de renseignements post opératoires.

Les prélèvements bactériologiques (eau/air/surface) sont organisés par l'EOH à fréquence définie :

- prélèvements de surface 1 fois tous les 3 mois et après travaux,
- prélèvements d'eau : 1 fois tous les 3 mois et annuellement pour les centrales de traitement d'air.

La gestion des interfaces est organisée entre professionnels et entre secteurs d'activité. Les coopérations entre les services de soins, la SSPI, l'UCA, la pharmacie, les biomédicaux, l'EOH, les prestataires externes etc...est opérationnelle et efficace.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables des secteurs sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur ou sur ce processus ainsi que sur le choix des plans d'action. Suite à un travail de "Benchmark UCA et BO" réalisé sous l'égide de l'ARS Lorraine, des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs (BO, SSPI, UCA) ont été déclinés en lien avec les équipes soignantes du BO/UCA, les brancardiers et les médecins anesthésistes.

De plus, la direction a déployé des moyens de communication auprès des professionnels concernant le programme d'amélioration qualité sécurité des soins et son évolution (diffusion d'une brochure "les fondamentaux de la démarche processus certification V2014, PAQSS, cartographie des processus accessible sur le logiciel QGDR) La direction qualité communique également à chaque réunion de cadre. L'encadrement assure un relai auprès des équipes par la diffusion des relevés de conclusion auprès de leur équipe.

Les professionnels connaissent et utilisent le système de déclarations des EI. Au niveau du bloc opératoire, de la SSPI les professionnels rencontrés sont informés de l'analyse des EI de leur secteur et des résultats des CREX.

Au niveau de l'UCA, le cadre et deux IDE ont participé à la formation patient traceur. Une sensibilisation de l'équipe à cette méthodologie a été réalisée par la projection du film HAS "Patient Traceur" et la mise en oeuvre d'un parcours patient traceur en bloc/UCA.

Les responsables de BO, SSPI, UCA vérifient la conformité des pratiques par la réalisation d'audits de pratiques, l'évaluation des respects des protocoles et le suivi d'indicateurs. En cas de baisse des résultats des actions sont mises en oeuvre (formation, mise en oeuvre d'un logiciel pour suivre les temps opératoires et améliorer le flux des patients ...).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériel et documentation sont disponibles dans les secteurs d'activité. Les ressources en effectifs sont suffisantes et en adéquation pour une PEC sécurisée du patient. Le personnel présent est concordant avec le planning opératoire défini.

Pour le secteur d'anesthésie :

- 1 MAR pour 2 salles et 1 MAR pour l'urgence,
- 1 IADE et 1 IBODE par salle
- 1 IDE pour la salle d'accueil.

Pour le secteur chirurgical :

- 1 opérateur et 2IBODE/IDE par salle
- 1 IDE/IBODE pour l'aide opératoire en traumatologie.

Les opérateurs occupent les salles selon les créneaux opératoires fixés par le conseil de bloc avec révision tous les six mois en fonction de leur activité.

Les actions de formation mises en œuvre sont organisées par thème selon un plan annuel : risque infectieux, radioprotection, nouvelles techniques opératoires etc.... En cas de nouvel arrivant, dans un premier temps, il est doublé avant d'être à son poste.

Les documents sont disponibles. Tous les protocoles et procédures de fonctionnement du bloc opératoire sont informatisés, mais sont aussi disponibles dans des classeurs établis par spécialité. Il en est de même des procédures d'hygiène et de bio-nettoyage. L'ensemble de ces documents sont actualisés régulièrement et consultables par tous.

Le programme opératoire est géré à l'aide d'un logiciel métier. Un écran de grande taille, positionné dans un endroit stratégique du bloc permet de suivre le déroulement des interventions planifiées.

La check-list est informatisée.

Les locaux sont conformes, adaptés et entretenus pour la réalisation de l'activité et permet le respect de la marche en avant. Deux vestiaires sont à la disposition du personnel. Ces vestiaires internes au bloc sont équipés de doubles portes permettant de délimiter 2 zones distinctes entrées/sorties. Les couloirs de circulation sont larges et non encombrés. Une salle d'accueil des patients est située à l'entrée du bloc. Les salles sont claires et propres. Les portes sont automatiques. La suppression de salle est maintenue, vérifiée, tracée. Les équipements et matériels sont disponibles, adaptés et entretenus pour la réalisation de l'activité. Les DMI et l'instrumentation sont stockés à côté des salles dédiées.

La salle dédiée aux césariennes communique par un couloir réservé avec le secteur de naissance. Un local attenant à cette salle est équipé du matériel nécessaire à la PEC, voire la réanimation du nouveau né.

La salle réservée à l'endoscopie sous AG se trouve près de la sortie. Une organisation, respectant les règles d'hygiène, est en place pour la récupération de l'endoscope pour traitement dans la zone de lavage et de stockage des endoscopes.

Chez les MAR comme en SSPI sont entreposés les stupéfiants dans des coffres verrouillés à clés.

La SSPI est conforme, adaptée et entretenue. L'intimité du patient est préservée. Le chariot d'urgence est en place ; sa mise à jour et son entretien sont validés et tracés. Les outils informatiques sont disponibles et adaptés.

La surveillance avec prélèvements de surface, air, eau sont organisés et effectués régulièrement selon un planning préétabli. Ils sont tracés. L'entretien et la maintenance des équipements et du matériel sont traités.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'encadrement du secteur met en œuvre l'organisation prévue pour le fonctionnement et le management interne du bloc opératoire, de la SSPI et l'UCA.

Le fonctionnement du secteur est assuré 7j sur 7 en cas d'urgence. La journée opératoire est organisée de manière continue dans le créneau horaire de 8h/15h et/ou 8h/16h30. La cellule de programmation se réunit tous les jeudis pour étudier puis valider le programme prévisionnel de la semaine suivante. Le programme opératoire définitif établi le jeudi par la cellule de programmation pour la semaine à venir est validé définitivement la veille de la journée opératoire.

Ce programme peut être modifié en cas d'urgence. Le patient est pris en charge immédiatement en cas d'urgence vitale, dans les 6 h si urgence fonctionnelle et dans les 24h si urgence relative.

Les règles de respect de l'intimité au bloc opératoire sont assurées.

Pour toute intervention programmée : le patient est acheminé dans son lit jusqu'à la salle d'accueil du bloc par les brancardiers où l'IDE l'accueille, vérifie son identité et l'intégralité de son dossier. A ce niveau, le patient est perfusé et prémédiqué en fonction de la prescription de l'anesthésiste. Puis le patient est acheminé dans la salle de bloc après transfert de son lit sur le plateau opératoire en sas de transfert.

L'ouverture des salles est réalisée et tracée informatiquement quotidiennement par l'IADE et l'IBODE. En cas de non traçabilité, l'ouverture de la salle est bloquée.

En salle de bloc, une fois le patient installé suivant les modalités d'intervention, la check-list de sécurité du patient est validée informatiquement par l'IBODE mais pas en présence l'ensemble des intervenants. Une procédure concernant l'utilisation de cette check list est en cours de validation mais non opérationnelle au moment de la visite. Un audit d'utilisation est prévu ultérieurement.

Au cours de l'intervention, la traçabilité des actes réalisés est assurée informatiquement sur la fiche d'intervention. Au niveau des DMI, ils sont tracés dans le dossier patient sur la fiche d'anesthésie. Sont aussi tracés mais informatiquement : l'ouverture et le nettoyage des salles, les gradients de suppression, le bio-nettoyage.

En fin d'intervention, le patient est conduit en SSPI accompagné d'une IADE qui fera les transmissions à une IDE de SSPI.

En SSPI, les entrées et sorties du patient sont sous la responsabilité du MAR. La prise en charge du patient est réglementaire : monitoring, surveillance des constantes tracée, évaluation de la douleur et traitement selon les protocoles du CLUD jusqu'au réveil. Les prescriptions sont faites avant la sortie. Toute sortie de patient de la SSPI est validée par le MAR.

En UCA, l'appel de la veille ainsi que l'appel du lendemain sont réalisés.

A l'arrivée du patient, la présence d'un accompagnateur est vérifiée. Toute sortie est signée. Lors de la consultation pré opératoire, un passeport de chirurgie ambulatoire comportant toutes les explications du parcours est remis au patient.

Le risque infectieux est prévenu avec respect des mesures d'hygiène élémentaires : tenue vestimentaire (pantalon et tunique verte, masque, coiffe, sabots), lavage simple des mains avant de pénétrer dans la zone protégée du bloc, badigeonnage du patient, portes des salles fermées, bio-nettoyage, prélèvements de surface – eau – air et changement des filtres, prévention des AES etc.... L'ASH assure le bio-nettoyage des salles du bloc entre chaque patient.

Le passage au vestiaire est obligatoire : l'entrée dans le vestiaire se fait avec la tenue blanche revêtue lors du passage par le vestiaire individuel, puis les professionnels doivent revêtir la tenue de bloc dans les vestiaires internes du bloc.

Les autres circuits (matériel, linge, déchets) sont aussi définis "en marche en avant", respectés et sécurisés.

La radioprotection est assurée par le personnel: port de dosimètres actifs lumière d'alerte au niveau de l'accès des salles. Des affiches spécifiques rappelant les consignes de sécurité sont accolées sur toutes les portes des salles de bloc

Les interfaces sont établies et fonctionnelles avec les secteurs d'hospitalisation, les secteurs médico-techniques (extemporané, DM – DMS – DMI) et les secteurs logistiques (pharmacie, bio médical, EOH).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Une évaluation du fonctionnement du processus bloc opératoire est réalisée par :

- le suivi de l'organisation du bloc via le suivi des indicateurs de performances (temps de vacation offerte, temps réel d'occupation des salles, temps de débordement, taux d'annulation avec motif, ratio CA/CC etc..)
- le suivi des Evènements Indésirables (EI) déclenchant éventuellement un CREX bloc en fonction de la gravité du signalement
- le suivi du courrier à J0
- des audits d'évaluation des pratiques (bionettoyage, identitovigilance etc...)
- des RMM
- une EPP : Parcours du patient en chirurgie ambulatoire.

Sous l'égide de l'ARS Lorraine un benchmark sur les pratiques UCA/BLOC a été réalisé en 2015 incluant 8 établissements.

Un patient traceur a été réalisé dans le cadre de la préparation de la visite de certification.

Ces évaluations viennent incrémentées le plan d'action défini pour le bloc opératoire, la SSPI et l'UCA, plan d'action qui fait l'objet d'une évaluation annuelle et de réajustements nécessaires lors d'une réunion du comité stratégique de pilotage QGDR.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

Un dispositif d'amélioration de l'ensemble du processus est structuré.

Les principales actions d'améliorations portent sur la fluidité du parcours patient au bloc opératoire et en chirurgie ambulatoire.

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers. Les modes de communication restent un support papier avec affichage et l'informatique pour la gestion documentaire. L'encadrement du bloc opératoire et de l'UCA pilotent ces actions de communication. La communication avec les usagers se fait par l'intermédiaire de la CDU.

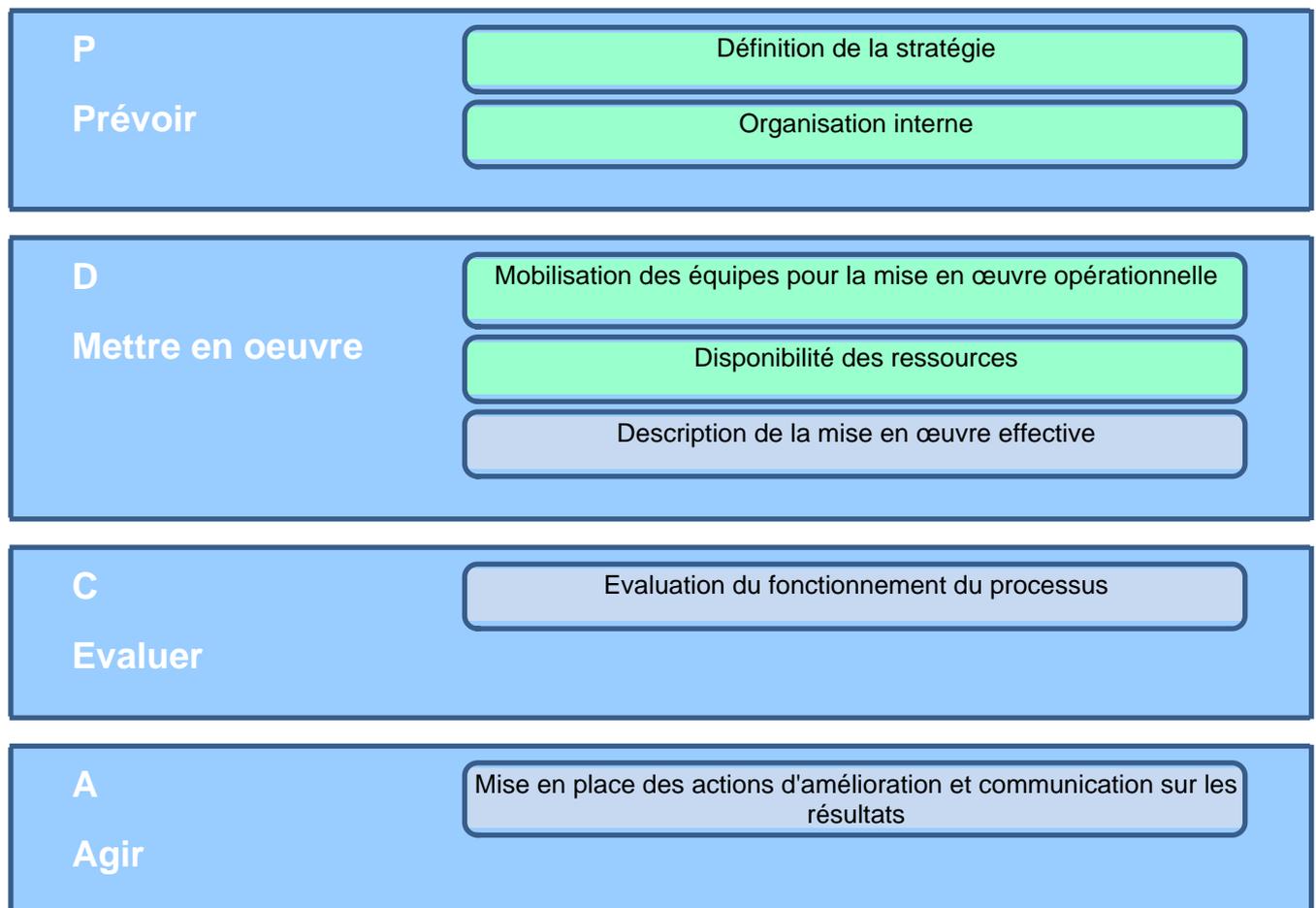
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN MÉDECINE NUCLÉAIRE

1. Caractérisation générale

L'investigation de la thématique « Management de la prise en charge du patient dans les secteurs à risque » vise à évaluer que l'établissement a identifié ses activités à risque afin de développer une démarche de management de la qualité et de gestion des risques visant un rapport optimum bénéfice/risque pour le patient : les dispositions organisationnelles et techniques en lien avec la prise en charge du patient sont définies et mises en place, incluant les vérifications à effectuer au sein de l'équipe pluridisciplinaire concernée, lors de la réalisation des actes critiques, conformément à la réglementation et aux référentiels reconnus. La présente procédure de certification concerne cinq activités à risque : la radiothérapie, la médecine nucléaire, l'endoscopie, le secteur de naissance et la radiologie interventionnelle.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Au Centre Hospitalier de Sarreguemines, l'essentiel des activités de médecine nucléaire est diagnostique. L'activité thérapeutique est limitée à l'administration orale de gélules d'iode 131.

L'activité concerne par ordre décroissant d'importance : l'imagerie osseuse, myocardique, thyroïdienne, pulmonaire, cérébrale, rénale, la recherche de ganglion sentinelle, et l'imagerie digestive. Les différents médicaments radiopharmaceutiques sont administrés par voie orale, en intraveineuse, ou par aérosol. Le site est doté de 2 gamma-caméras, dont une hybride.

En 2016, 6500 patients ont été accueillis dans ce service.

Cette activité a été mise en place en 2002 par le Centre Hospitalier de Freyming, établissement de santé privé d'intérêt collectif. Elle a été rattachée au Centre Hospitalier Public de Sarreguemines fin 2014. Ce rattachement était conditionné, notamment, à l'engagement de mettre en place une activité de radiopharmacie, ainsi qu'une mise aux normes des locaux.

Par ailleurs, ce service, initialement rattaché au pôle imagerie/urgences du Centre Hospitalier de Sarreguemines, a ensuite été rattaché au pôle médico-technique avec le laboratoire, la pharmacie, la stérilisation, l'imagerie et l'hygiène.

Une cartographie des risques a été réalisée selon 3 grands chapitres : parcours du patient, radiopharmacie et imagerie.

Elle a été établie à partir des rapports de l'Autorité de Sûreté Nucléaire (ASN), des données de la commission de retour d'expérience (CREX) propre à l'activité de médecine nucléaire, et des données issues des évaluations des pratiques professionnelles.

Cette cartographie des risques a permis d'en identifier 49. Ceux-ci ont été intégralement inscrits au compte qualité. Ces risques ont été identifiés, cotés (gravité, fréquence et niveau de maîtrise) par le groupe projet constitué du radiopharmacien, du cadre de santé et du chef de service, médecin nucléaire. Plusieurs « allers-retours » avec tous les membres de l'unité, secrétaires compris, pour valider les cotations, priorisation, et actions d'amélioration retenues ont été réalisés.

Après l'analyse de ces risques, 7 actions d'amélioration ont été retenues. Les critères de priorisation étaient la criticité résiduelle, après prise en compte du niveau de maîtrise en place et la faisabilité. L'unité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risque en vue d'établir un programme d'actions préventives et de surveillance.

Les objectifs précis sont définis. Le principal, a été fixé par l'Agence Régionale de Santé (ARS) et consiste à réhabiliter les locaux avec un projet de construction en neuf sur le site de Robert Pax à Sarreguemines, et l'ajout d'un PET Scan. Ce projet fait l'objet d'un financement du Comité Interministériel de Performance et de la Modernisation de l'Offre de Soins de 2 millions d'euros. Il est cité dans le projet d'établissement, le contrat d'objectifs et de moyens entre autres.

Cependant, les autres objectifs n'ont pas été formalisés et ne figurent dans aucun document consulté ou évoqué au cours des investigations, à savoir notamment :

- la formation des agents, tout particulièrement celle des manipulateurs électroradiologie médicale (MERM) suite à la mise en place de l'activité de radiopharmacie,
- l'optimisation des doses avec un travail sur les niveaux de références diagnostiques (NDR) dont la qualité a été soulignée par l'ASN,
- l'optimisation de la programmation ,
- la continuité de l'activité et la formalisation de l'activité en mode dégradé,
- la mise en place, la formalisation et l'optimisation de la nouvelle activité de radiopharmacie.

Ces objectifs et leurs états d'avancement sont régulièrement évoqués par l'équipe projet au cours des staffs hebdomadaires. Ces actions d'amélioration ont été regroupées pour constituer le plan d'actions de la médecine nucléaire et sont traitées en mode projet. Ce plan d'action a intégré le Programme d'action qualité et sécurité de soins (PAQSS). Enfin ce PAQSS institutionnel a été intégralement inclus dans le compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation interne pour atteindre les objectifs dans le domaine de la médecine nucléaire au Centre Hospitalier de Sarreguemines est basée sur le groupe projet. Le plan d'action est alimenté par le staff hebdomadaire, le comité de retour d'expérience (CREX) et les indicateurs, et sert au suivi des actions. Il est régulièrement fait retour de ces éléments aux personnels de l'équipe.

Les pilotes sont les membres de groupe projet, c'est à dire le médecin nucléaire chef de service, le radiopharmacien et le cadre de santé. Cette multidisciplinarité a été voulue pour assurer l'efficacité dans la mise en œuvre des actions d'amélioration retenues. Chaque fonction intervenant dans le service de médecine nucléaire fait l'objet d'une fiche de poste (radiopharmacien, cadre, MERM, secrétaires, personne radiocompétente, etc). L'unité a établi un organigramme situant chaque professionnel à la fois du point de vue hiérarchique et fonctionnel.

La personne radiocompétente (PRC) a été nommée pour l'ensemble de l'établissement et bénéficie de

0,30 Equivalent Temps Plein pour l'activité de médecine nucléaire.

Concernant la Personne Spécialisée en RadioPhysique Médicale (PSRPM), l'établissement fait appel à un prestataire externe.

Les besoins en ressources humaines et en compétences ont été identifiés et sont estimés comme suffisantes par les pilotes.

Un plan de formation propre à l'équipe de médecine nucléaire a été établi. Il inclut pour 2017 des formations sur les thèmes suivants : Attestation de formation aux gestes et soins d'urgence, radioprotection des travailleurs, hypnose, utilisation du MEOPA, prise en charge de la douleur, prise en charge de la dépendance, lutte contre les infections nosocomiales, manutention, gestion et prévention des situations de violence et d'agressivité, Journées de l'association française des techniciens en médecine nucléaire.

En 2016, 23 places en formations ont été proposées aux MERM soit une moyenne de 2,5 formations par MERM et 26 places en formation en 2017 soit une moyenne de 2,8 formations par MERM. A noter que la formation AFGSU a également été suivie par le cadre et le radiopharmacien pour pouvoir faire face en cas de besoin.

La formation des MERM à la nouvelle activité de radiopharmacie a fait l'objet d'une évaluation des pratiques professionnelles sous la forme d'un programme d'intégration à l'activité de radiopharmacien étalé sur 9 jours. Les acquisitions des MERM sont tracées dans un livret d'accueil et sanctionnées par un audit observationnel des pratiques au terme duquel le MERM est autorisé, ou non, à travailler seul. Si nécessaire, la période d'intégration peut être prolongée.

Les secrétaires bénéficient d'une formation sur la prise de rendez vous, et pour la prise en main de logiciel métier.

Par ailleurs, dans le cadre de la mutation du PRC, l'équipe a souhaité anticiper la situation et émis la volonté d'avoir plusieurs membres ayant reçu la formation. Ainsi, la formation groupe projet (cadre, radiopharmacien, médecin nucléaire chef de service) en plus d'un MERM a été organisée.

Concernant les matériels et équipements, l'établissement a établi ses besoins et a un programme d'achat ainsi qu'un programme de reconstruction de locaux neufs pour cette activité sur le site de Robert Pax à Sarreguemines pour fin 2018.

Ces projets, dont notamment l'achat du PET Scan, sont programmés et intégrés aux projets de l'établissement (CPOM, Projet d'établissement, projet médical).

Concernant les équipements nécessaires à cette activité, il existe un plan de maintenance et d'entretien validé par l'ASN.

Concernant la prise de rendez vous, le service s'organise à partir du logiciel de prise de rendez vous pour pouvoir récupérer les données patients et les introduire dans le logiciel métier.

Celui-ci permet d'enregistrer les informations patients, la prescription, le protocole de médecine nucléaire, et d'imagerie médicale retenus, les médicaments radiopharmaceutiques produits, de réceptionner et d'enregistrer les informations concernant les sources, la gestion des déchets, etc.

Il est interfacé avec l'Actimètre et permet d'enregistrer les données de contrôles permettant l'édition d'étiquettes, et le calcul de l'activité à tout moment du parcours des médicaments radiopharmaceutiques (MRP) jusqu'à l'administration.

L'informatisation de la gestion des médicaments radiopharmaceutiques est effective et opérationnelle.

La permanence continue de l'activité est organisée et formalisée. Le logiciel métier situé sur un réseau, est également copié sur un poste du secrétariat régulièrement, afin de pouvoir fonctionner en cas de panne du réseau informatique ou panne de courant électrique.

Les documents concernant la radiopharmacie créés lors de la mise en place de cette activité en janvier 2015 ont été formalisés et inclus dans la gestion documentaire informatique institutionnelle. Certains ont déjà subi plusieurs cycles de révision depuis.

Y sont également incluses les instructions concernant les particularités de la prise de rendez-vous téléphonique, les guides des examens, le guide des protocoles, la prise en charge en mode dégradé, le plan de gestion des déchets et effluents, les instructions sur les particularités de la prise en charge de l'enfant, etc.

Concernant les interfaces avec les services de soins, la prise de rendez vous est organisée sur un point unique du secrétariat de médecine nucléaire.

Les circuits sont également organisés avec la pharmacie à usage intérieur de Robert Pax.

Il existe un partenariat avec l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOHH) pour améliorer les pratiques de préparation des MRP et diminuer le risque de contamination pendant la préparation.

Les interfaces avec les secteurs cliniques, médico-techniques (laboratoire, EOHH, imagerie, pharmacie, le département d'information médicale) sont organisées mais non formalisées.

Les locaux sont loués à l'Hôpital de Freyding-Merlebach. Leur maintenance, entretien et bionettoyage ainsi que la gestion de la centrale de traitement d'air sont inclus dans le contrat liant les 2 établissements. Il en est de même pour les aspects logistiques, notamment pour l'enlèvement des déchets.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle du programme qualité en médecine nucléaire au Centre Hospitalier de Sarreguemines est portée par le groupe projet. Celui-ci est constitué du médecin nucléaire, chef de service, de la cadre de santé et du radiopharmacien. Les objectifs ont été définis et répartis entre les membres du groupe projet de façon informelle. L'ensemble des membres de l'équipe a été associé à la priorisation des risques. Celle-ci a été établie essentiellement à partir des événements indésirables ou des presque-événements répertoriés par l'équipe au fil de l'eau dans le cadre de la CREX. Ils sont également régulièrement tenus au courant de l'état d'avancée par le staff hebdomadaire. De nombreuses actions d'évaluation périodique sont en place en médecine nucléaire. Leurs résultats sont régulièrement transmis à l'ensemble de l'équipe par le staff hebdomadaire et par affichage. Au regard des résultats, les actions correctives sont identifiées soit par le groupe projet soit par l'ensemble de l'équipe. La dernière amélioration mise en place concerne les modalités de commande des médicaments. La problématique a été identifiée par le radiopharmacien et les secrétaires et analysée par l'équipe en CREX pour identifier les causes. La solution a été discutée en équipe puis mise en œuvre au niveau du secrétariat.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La disponibilité des ressources en compétences dans le domaine de la médecine nucléaire au Centre Hospitalier de Sarreguemines est répartie de la façon suivante :

- 2 médecins nucléaires libéraux,
- 1 radiopharmacien à plein temps,
- 1 cadre qui partage son temps avec un autre service situé sur le site de Bitché,
- 8 MERM chargés à la fois des activités de préparation des médicaments radiopharmaceutiques (MRP), de les administrer et de réaliser les actes d'imagerie,
- 4 IDE chargés exclusivement d'aider à la réalisation des tests d'efforts avec les cardiologues mais qui n'effectuent aucune administration de MRP,
- 3 secrétaires,
- 8 cardiologues libéraux intervenant côté froid et 4 côté chaud.

Les effectifs sont en adéquation avec l'activité du service. Chacun des personnels est régulièrement et périodiquement formé, évalué et suivi. Il existe une organisation pour l'arrivée des nouveaux personnels ainsi que pour les départs prévisibles. Une organisation de l'activité de radiopharmacie a été établie, formalisée et validée par l'institution lors des périodes d'ouverture et de production de la radiopharmacie et en l'absence du radiopharmacien. Les nombreux documents créés et actualisés depuis la mise en place de l'activité de radiopharmacie, sont connus des professionnels. Ceux-ci savent où les trouver.

La conformité des locaux, notamment le dispositif de traitement d'air, ou les zones d'attente patient, a fait l'objet de remarques de l'ASN ainsi que de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Cependant, ces autorités sanitaires ont toutes deux validé le fonctionnement du service en l'état, dans l'attente du déménagement dans les nouveaux locaux programmé pour 2018. Par ailleurs, les plans, projet, et organisation des nouveaux locaux sont transmis à l'ASN pour avis.

Dans le cadre de la création de l'activité de radiopharmacie, les locaux ont été modifiés : création d'un sas d'accès aux 2 pièces réservées à cette activité. Une activité de cardiologie a été créée, engendrant une modification d'attribution des locaux pour pouvoir accueillir des tests d'efforts simples, ou sous scintigraphie.

Les équipements disponibles pour le service de médecine nucléaire consistent en : une gamma caméra double-tête, une gamma caméra double-tête couplée à un scanner, une enceinte blindée de préparation des médicaments radiopharmaceutique dite "moyenne énergie", un radiochromatographe, un spectromètre, une étude, 2 bicyclettes ergométriques, 1 échographie. Le chariot d'urgence a été placé, après analyse du risque, dans la salle « chaude » de test d'effort. Ces équipements sont adaptés, entretenus et correspondent à l'activité en cours au moment de l'investigation.

Les outils informatiques adaptés à cette spécialité sont en place, et l'interfaçage avec le logiciel du dossier patient est programmé avec l'installation dans les nouveaux locaux. Dans l'attente, les comptes rendus sont systématiquement transférés dans le logiciel métier du dossier patient par le secrétariat de la médecine nucléaire. L'inventaire des équipements et matériels existe. Une organisation a été mise en place par le radiopharmacien et par le cadre de santé pour le suivi de la maintenance et l'entretien de chacun d'entre eux.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La mise en œuvre de l'activité de médecine nucléaire au Centre Hospitalier de Sarreguemines a été investiguée par la visite du site de Freyming situé à 45 minutes du site de Robert Pax.

La prise en charge des patients débute par la prise de rendez-vous qui est organisée en amont avec le

médecin demandeur. Celle-ci est organisée pour permettre la commande des MRP nécessaire à acte et dans le but de regrouper les actes nécessitant un même MRP dans un objectif d'efficacité. Par ailleurs, les secrétaires sont formées pour interroger le patient afin d'identifier les situations à risque.

Le jour de l'examen, les patients sont systématiquement vus en consultation par le médecin nucléaire dès leur arrivée afin de réexaminer la pertinence de l'examen, éventuellement réévaluer si le patient est à risque, et de prescrire le protocole et le MRP. Une fiche (papier) est établie par le médecin nucléaire afin de suivre et sécuriser les actes tout au long de la prise en charge.

Les MRP sont préparés par les MERM. Le jour de la visite les équipements de protection personnels, ainsi que les équipements de mesure de l'exposition aux rayonnements étaient portés par les personnels rencontrés.

Les contrôles sont effectués soit par les MERM soit par le radiopharmacien. Puis les MERM administrent les MRP au patient.

Selon les protocoles, les patients sont invités à attendre sur place ou à revenir à un horaire fixé pour la partie imagerie de l'acte avec une difficulté (connue) liée à la place limitée pour l'attente patient.

L'acte d'imagerie est ensuite réalisé par le MERM. Les éléments sont mis à disposition du médecin nucléaire afin qu'il puisse donner l'interprétation au patient et rédiger le compte rendu. Celui-ci est alors tapé par les secrétaires dans le logiciel 'métier' puis copié dans le dossier patient de l'établissement.

Enfin, le patient repart avec son compte rendu accompagné d'une fiche d'information sur la gestion des déchets à domicile en fonction du protocole suivi.

Le logiciel métier permet de tracer chaque étape de la prise en charge de la prise de rendez-vous à la préparation des MRP en passant par les contrôles qualité ou la gestion des déchets.

Les interfaces avec les autres secteurs : services de soins, services médico techniques (pharmacie, laboratoire, équipe d'hygiène, imagerie médicale), service d'information médicale, biomédicaux, transports, etc sont opérationnels. Un protocole a été formalisé pour les patients hospitalisés dans un autre hôpital que le Centre Hospitalier de Sarreguemines.

Le service s'est doté de 2 instances : le staff hebdomadaire dont le rôle est d'informer l'équipe de l'état d'avancée du plan d'action ou des actualités du moment, et la commission de retour d'expérience dédiée à l'analyse des événements ou des presque-événements indésirables propres à l'activité de médecine nucléaire. En 2016, 29 staffs et 9 commissions de retour d'expérience ont eu lieu et ont fait l'objet d'un compte rendu. Ceux-ci sont diffusés à l'équipe et sont disponibles sur le réseau informatique partagé de l'équipe.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Au centre hospitalier de Sarreguemines, les actions d'évaluation concernant la médecine nucléaire sont nombreuses. Elles sont organisées autour de plusieurs axes :

1°) Des évaluations permanentes, régulièrement répétées telles : les enquêtes de satisfaction des patients (n = 536 le jour de la visite), l'audit sur les bonnes pratiques de radiopharmacie et l'audit d'administration des MRP, les prélèvements bactériologiques (contrôles de stérilité, dans l'enceinte de préparation, dans la salle de préparation des MRP).

2°) Des indicateurs régulièrement relevés et analysés par l'équipe portant notamment sur :

- les résultats (activité, Ph, radiochromatographie et spectrométrie pour la pureté radiochimique des MRP préparés)
- les performances (taux de conformité des niveaux de références diagnostics assortie d'une analyse des écarts, dont la qualité a été notée par l'ASN, le taux de prise de rendez-vous conforme)
- l'efficacité (taux de conformité aux bonnes pratiques de la préparation des MRP par les MERM, taux de prescription médicale informatisée, suivi permanent du taux de réalisation, et de conformité des contrôles qualité des MRP).

3°) Des Évaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) avec une EPP sur l'amélioration de la prise en soins par les MERM, une EPP sur la radioprotection, une EPP sur l'optimisation de la prise de rendez-vous par les secrétaires, traitées en mode projet.

4°) Le comité de retour d'expérience propre aux événements ou presque-événements en médecine nucléaire tous les 2 à 3 mois (plus si nécessaire) avec utilisation de la méthode ORION dont le fonctionnement et l'efficacité ont été soulignés dans l'un des rapports de l'ASN.

Cette organisation porte sur une grande partie de l'activité de médecine nucléaire du centre hospitalier de Sarreguemines. Elle a été formalisée et incluse dans l'outil informatisé commun entre les services de soins et la direction qualité de l'établissement.

Ces évaluations sont pilotées par le groupe projet. Celui-ci s'assure de la maîtrise des risques identifiés et de la mise en œuvre du plan d'action par les tableaux de suivi des actions, maintenances, le suivi des indicateurs, l'analyse des résultats, les tableaux de suivi des actions décidées en commissions de retour d'expérience, et les comptes rendus des staffs hebdomadaires d'équipe.

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

De nombreuses actions d'amélioration sont en cours et organisées dans le domaine de la médecine nucléaire au centre hospitalier de Sarreguemines notamment :

- un inventaire des temps précis, nécessaires à chaque étape de l'examen pour chaque protocole, assorti de la grille-type de la répartition des créneaux horaires réservés pour chaque protocole tout au long d'une semaine-type afin d'optimiser la prise de rendez-vous ;
- la mise en place de protège-seringues et protège-flacons blindés en nombre suffisant pour pouvoir être désinfectés après chaque utilisation ;
- la mise en place de bouchons « luer-lock » de couleur différente sur les seringues de médicaments radiopharmaceutiques en cas de protocole pour les enfants pour un repérage visuel immédiat ;
- la mise en place d'un support d'aiguille à l'intérieur de l'enceinte blindée de préparation des médicaments radiopharmaceutiques pour pouvoir réutiliser un même flacon tout en prévenant le risque de piqûre, en partenariat avec un lycée technique et un industriel ;
- les modalités d'administration des médicaments radiopharmaceutiques par voie intra-veineuse en partenariat avec l'équipe d'hygiène pour prévenir et maîtriser les risques infectieux à cette étape.

Les actions d'amélioration portent sur l'ensemble des risques identifiés et priorisés par l'équipe.

Leur mise en œuvre est suivie au travers des commissions de retour d'expérience, des staffs hebdomadaires, ainsi que des mises à jour régulières du plan d'action spécifique à cette discipline.

Les résultats des actions mises en place sont diffusés aux professionnels de l'établissement au travers du rapport d'activité annuel. Il est prévu que les modifications du plan d'action fassent l'objet d'une validation par le comité stratégique de l'établissement avant d'être versées au compte qualité lors de la prochaine mise à jour de celui-ci. Plusieurs actions d'amélioration ont fait l'objet de posters lors de congrès professionnels.

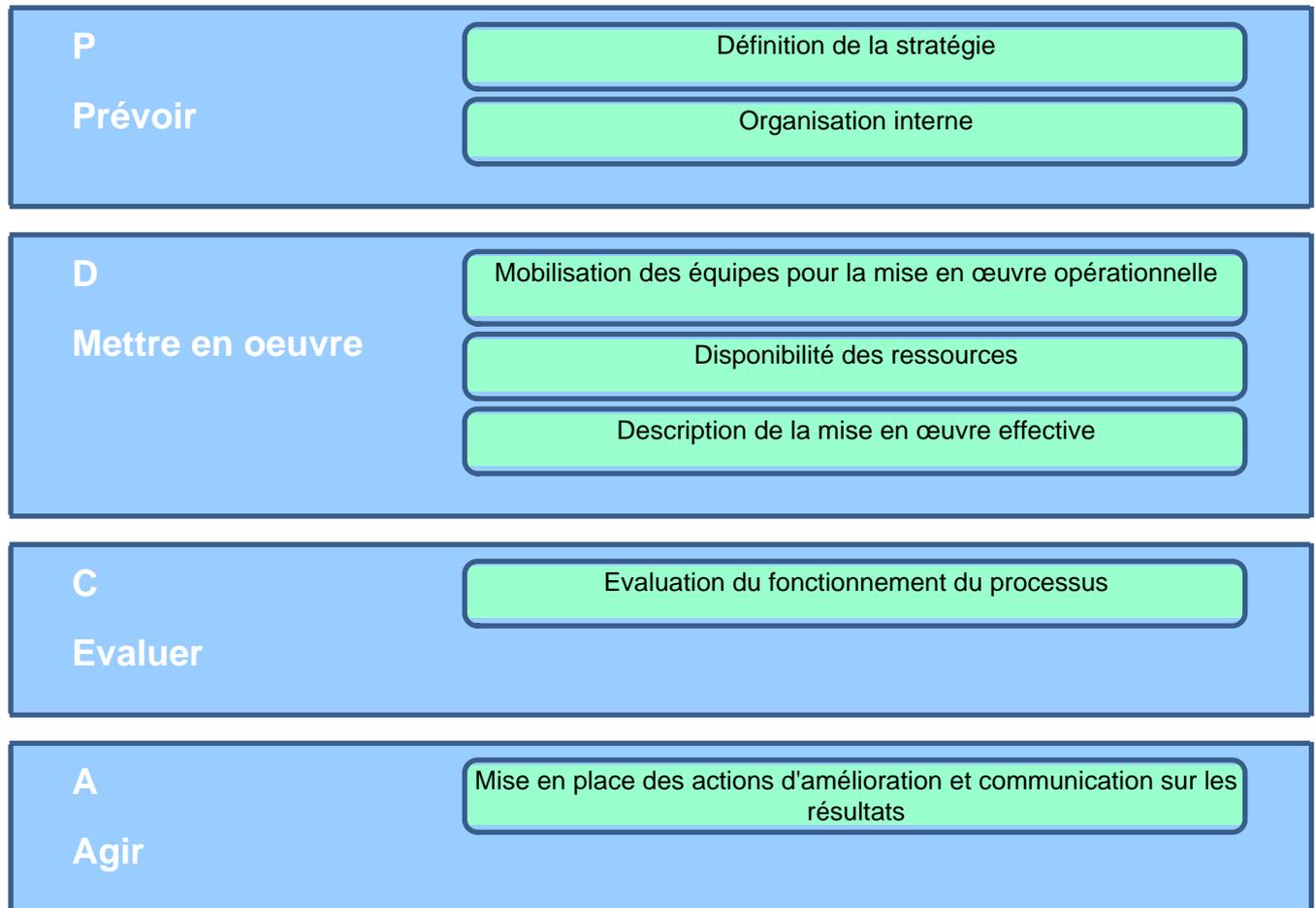
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

L'investigation de la thématique « Management de la prise en charge du patient dans les secteurs à risque » vise à évaluer que l'établissement a identifié ses activités à risque afin de développer une démarche de management de la qualité et de gestion des risques visant un rapport optimum bénéfice/risque pour le patient : les dispositions organisationnelles et techniques en lien avec la prise en charge du patient sont définies et mises en place, incluant les vérifications à effectuer au sein de l'équipe pluridisciplinaire concernée, lors de la réalisation des actes critiques, conformément à la réglementation et aux référentiels reconnus. La présente procédure de certification concerne cinq activités à risque : la radiothérapie, la médecine nucléaire, l'endoscopie, le secteur de naissance et la radiologie interventionnelle.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Au centre hospitalier de Sarreguemines, l'activité d'endoscopie couvre les spécialités de gastro-entérologie, de pneumologie, de réanimation, d'anesthésie (bronchoscope pour intubation difficile), l'urologie, et la cardiologie (sonde d'échographie endo-cavitaire). Il n'y a pas d'activité d'endoscopie souple en gynécologie ni en ORL.

L'activité générant le plus d'actes est l'endoscopie digestive (environ 6000 actes par an).

L'activité de médecine, chirurgie, obstétrique a déménagé dans de nouveaux locaux en 2009. Lors de la conception de ces locaux, l'objectif était de centraliser les activités d'endoscopie souple sans anesthésie ainsi que la désinfection en un lieu unique. Lors de la visite, les actes relevant des spécialités de gastrologie, de pneumologie et de cardiologie sont centralisés et réalisés dans le service d'endoscopie, les actes d'urologie sont effectués en consultation d'urologie. la désinfection des endoscopes pour l'ensemble des activités (gastro, pneumo, cardio, réa et uro) est centralisée.

Cependant, les nouvelles orientations stratégiques concernant l'ensemble des activités endoscopiques du CH de Sarreguemines n'ont pas été établies depuis. Cette activité à risque n'est retrouvée ni dans le projet d'établissement, ni dans le projet médical, ni dans le contrat d'objectifs et de moyens.

Les principaux risques ont été identifiés par un groupe de travail incluant le médecin gastro-entérologue chef du service d'endoscopie, le cadre du service, le praticien hygiéniste, l'infirmière hygiéniste ainsi qu'un membre de l'équipe qualité.

Ils ont été identifiés sur la base des éléments d'investigation obligatoires de la Haute Autorité de Santé, et également sur les fiches d'évènements indésirables, les résultats de l'audit national endoscopie de 2015 (tronc commun et modules « traçabilité » et « prélèvements biologiques »).

Ces risques ont été caractérisés (fréquence, gravité et niveau de maîtrise) puis déclinés dans un programme d'actions, indiquant les fonctions des pilotes ainsi que les dates butoirs. Cette liste d'actions d'amélioration constitue le Programme d'Action Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS) de l'établissement. Le compte qualité a été alimenté par l'intégralité des risques identifiés et par les actions d'améliorations retenues au PAQSS.

Ce programme d'actions a été présenté et validé au comité stratégique de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation de l'activité endoscopique au centre hospitalier de Sarreguemines est basée sur un service d'endoscopie situé au même étage que celui d'hospitalisation complète de gastro-entérologie. Les actes d'endoscopie digestive sans anesthésie, d'endoscopie pulmonaire et d'échographie trans-oesophagienne y sont réalisés. Ce service fonctionne en association avec les services d'hôpital de jour et de chirurgie ambulatoire, pour les endoscopies digestives sous anesthésie générale. Les actes d'endoscopies d'urologie sont réalisés dans les locaux de consultations urologiques à l'étage au-dessus.

La prise en charge de la désinfection des endoscopes est entièrement centralisée, y compris pour les endoscopes utilisés en réanimation, dans ce service dans des locaux dédiés.

Les pilotes en charge du processus endoscopie sont les responsables du service d'endoscopie c'est à dire le médecin gastro-entérologue, chef de service et la cadre de santé.

Cependant, le pilotage institutionnel de l'ensemble des activités endoscopiques n'est pas défini. Il existe bien un pilotage organisationnel au niveau du plateau technique mais il exclut l'urologie.

Le plateau technique dispose des ressources humaines nécessaires, adaptées en nombre et en compétence. Les 8 Infirmières Diplômées d'Etat (IDE) sont affectées à la fois à la désinfection des endoscopes et à l'assistance des médecins lors des actes pour les disciplines de gastro-entérologie, de pneumologie et de cardiologie. Ni le cadre, ni le médecin chef de service ne disposent de fiche de poste définissant la spécificité de leurs missions en endoscopie, seule la fiche de poste des IDE en endoscopie était existante au moment de la visite.

Pour les actes réalisés de 17 H 00 à 7 H 00 du matin, ainsi que 24 H/24 les week-ends et jours fériés, une astreinte IDE est organisée pour la désinfection des endoscopies et la réalisation des actes, complétée les lignes de garde médicale. Un partenariat a été développé avec les médecins libéraux afin de leur faire bénéficier de l'accès aux locaux, matériels, et personnels pour la réalisation d'actes endoscopiques.

Le plan de formation du Centre Hospitalier de Sarreguemines permet aux agents du plateau technique de bénéficier de formations spécifiques à l'activité endoscopique comme le GIFE (Groupement Infirmier pour la Formation en Endoscopie), des journées de Strasbourg selon leur demande mais également des formations par les fournisseurs des nouveaux équipements (laveurs et Armoire à ambiance maîtrisée). Ce dispositif est complété par les journées d'accueil des nouveaux personnels sur 2 jours.

Suite au constat de l'augmentation de 100% de l'activité en 8 ans après le déménagement de 2009, un projet a été présenté devant la communauté médicale, appuyé par le président de CME, validé par l'ingénieur biomédical et le CLIN puis accepté par le directeur de l'établissement. Les locaux ont donc été réaménagés et de nouveaux équipements ont été acquis et mis en exploitation en 2015.

Les documents relatifs à la prise en charge des patients (check-list, bon de demande) et à la désinfection (procédures, traçabilité) ou encore sur les contrôles bactériologiques ont été définis, formalisés et validés en collaboration avec l'équipe d'hygiène hospitalière. Ils sont intégrés dans l'outil informatisé de gestion documentaire institutionnel.

Un carnet de vie papier a été mis en place pour chacun des endoscopes et les suit tout au long du circuit.

La gestion des interfaces est organisée entre professionnels et entre secteurs d'activité : plateau technique, réanimation, anesthésie, urologie et bloc opératoire. L'organisation du transport des endoscopes propres et le retour du matériel souillé est organisée et formalisée. Les circuits (patients et matériels) sont organisés selon le principe de la marche en avant. Les coopérations entre l'EOHH, les biomédicaux, les prestataires externes pour les contrôles bactériologiques, la pharmacie (pour l'achat des écouvillons) et les médecins libéraux est opérationnelle et efficiente.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le déploiement opérationnel de l'activité d'endoscopie repose sur le binôme médecin gastro-entérologue chef de service / cadre de santé du plateau technique.

Les professionnels de terrain ont été informés des priorités retenues suite à l'établissement et la priorisation des risques. Ils ont été inclus dans la mise en œuvre des actions d'amélioration, notamment dans le dispositif d'optimisation de la planification des rendez-vous.

Les actions d'évaluation en place sont centrées sur le dispositif institutionnel de déclaration des événements indésirables (EI), sur les contrôles bactériologiques ainsi que l'audit national d'endoscopie réalisé en 2015. Les résultats sont connus des personnels de terrain.

Le dispositif de déclaration des événements indésirables est connu et utilisé par les professionnels de terrain. Ceux-ci sont tenus au courant des suites données à leurs déclarations.

Les actions correctives sont définies par le groupe de travail associant les pilotes de l'activité endoscopie et l'équipe d'hygiène. La dernière mise en place concerne l'harmonisation de l'outil de planification des rendez-vous pour les consultations externes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Sur les sites du plateau d'endoscopie et de consultation d'urologie, les ressources en personnels paramédicaux et médicaux sont en adéquation avec l'activité et répondent à l'organisation définie.

Les professionnels ont bénéficié de formation à l'utilisation des nouveaux équipements pour les fournisseurs. Les 8 IDE du plateau technique centralisé partent toutes en formation (GIDE ou journée strasbourgeoise), à des fréquences inégales.

Les documents nécessaires à l'activité d'endoscopie sont disponibles sur l'outil informatique de gestion documentaire institutionnelle. Les professionnels des sites investigués sont invités à participer à leur rédaction. Ils sont capables de les y retrouver.

Toutefois, les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence qui n'ont pas été actualisées. Le tableau répertoriant les types d'endoscopes et les écouvillons n'est pas établi. Les modalités de transport des endoscopes sales d'urologie vers le plateau technique ne sont pas conformes aux dernières recommandations. Ces appareils sont transportés dans un bain de détergent/désinfectant. Cette non-conformité a été identifiée suite à la réalisation de l'audit national endoscopie en 2015. Une analyse de risque a été faite par les équipes du plateau et d'hygiène. Il a été choisi de maintenir ce dispositif. Ce choix a fait l'objet d'une validation en CLIN. Les procédures relatives aux dernières recommandations sont en cours de réactualisation afin d'être conformes. Il est prévu qu'elles fassent l'objet d'une validation par le CLIN. Le séchage complémentaire, exigé pour compléter celui du laveur désinfecteur avant le stockage de l'endoscope n'est pas réalisé. Les laveurs désinfecteurs et les armoires à ambiance maîtrisée ont été mis en place en 2015, sur la base d'un cahier des clauses techniques. Celui-ci a été établi avant la parution de cette nouvelle exigence. Les équipements retenus et mis en place proviennent du même fournisseur et leur conception vise à éviter le plus possible les manipulations entre la sortie du laveur et la mise en ESET. Cet écart par rapport aux dernières recommandations n'a pas été identifié ni analysé.

Au niveau du plateau technique, les locaux datent de 2009 et ont été restructurés en 2015 suite à l'acquisition de nouveaux matériels. Ils permettent la marche en avant, et simplifient les flux de patients externes et internes, dont les patients alités par un circuit unique.

Les locaux ont été conçus pour raccourcir le circuit des endoscopes vers le lieu de désinfection, et sont fonctionnels. Ils incluent 1 salle dédiée aux endoscopies gastriques sans anesthésie générale et 1 salle servant à la fois pour les endoscopies bronchiques et les échographies trans-oesophagiennes.

La salle de désinfection des endoscopes dispose de plusieurs dispositifs de traitement d'air dont une hotte aspirante sur le banc de désinfection manuelle. La conception des systèmes de traitement d'air dans cette salle a fait l'objet d'un travail concerté entre le médecin du travail et le CHSCT. Le stockage des endoscopes se fait dans une pièce dédiée, sécurisée, ne permettant pas l'accès du public.

Toutefois, les locaux ne font pas systématiquement l'objet de dispositifs adaptés de sécurité. Le local de stockage des bidons de désinfectants en réserve situé au sein du plateau technique ne répond pas aux attendus de la législation. Les bidons ne sont pas entreposés dans un bac de rétention, et ce local ne

dispose pas de système d'aération.

La salle de désinfection est équipée d'un banc de désinfection manuel complet incluant des pompes péristaltiques, un second banc pour la partie écouvonnage avant passage en laveur-désinfecteur, 4 laveurs désinfecteurs. Une fontaine à œil ainsi qu'un kit incluant une poudre gélifiante est à disposition en cas d'exposition aux produits désinfectants. Une salle indépendante est dédiée au stockage des endoscopes et inclut 2 armoires à ambiance maîtrisée soit 16 places.

Le logiciel de programmation du bloc opératoire est utilisé également pour la programmation des actes endoscopiques sous anesthésie générale. Un second outil de programmation est utilisé pour les actes endoscopiques sans anesthésie générale. La centralisation de la planification des actes endoscopiques dans un outil informatique unique fait partie des actions d'amélioration identifiées et programmées pour l'année 2017.

Le dispositif de traçabilité des actes et des désinfections repose sur un cahier papier qui suit chaque endoscope tout au long de son parcours. Afin de disposer de l'ensemble des informations pour constituer le carnet de vie des endoscopes, chaque endoscope est également suivi via un logiciel de gestion du matériel assisté par ordinateur (GMAO). Cet outil informatique est alimenté par l'ingénieur biomédical avec les données de maintenance curative et préventive ainsi que le nombre de désinfections subies par les endoscopes. Il permet ainsi de disposer des informations indiquant le degré d'usure et de programmer les achats nécessaires.

Par ailleurs, un contrat de maintenance est en place pour chacun des endoscopes et lorsqu'un endoscope est trop ancien pour le maintien du contrat, il est remplacé.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La mise en œuvre de la prise de rendez-vous pour un acte endoscopique se fait soit par appel téléphonique, envoi d'un mail, ou directement par le biais d'une demande d'examen aux secrétariats.

Le dépistage des patients suspects de Maladie de Creutzfeldt Jakob est effectué par les médecins demandeurs de l'acte endoscopique et est tracé avec les informations cliniques sur formulaire papier. L'absence de ces informations induit le rejet de la demande et le renvoi vers le médecin demandeur. La régulation des activités afin de garantir le respect des programmes et la sécurité des patients est assurée au niveau de ce secrétariat à l'exception des activités d'urologie qui sont régulées par le service de chirurgie urologique.

Le circuit des patients externes, patients hospitalisés valides ou couchés est unique, il tient compte de la marche en avant et était respecté le jour de la visite.

Le chariot d'urgence a été placé dans la salle d'endoscopie bronchique après une étude de la fréquence du risque lié aux différents actes pratiqués dans le service.

Les procédures de désinfection sont connues et appliquées par les personnels en charge de la désinfection des endoscopes. Le port des équipements de protection individuelle est effectif au niveau du plateau technique chez les 5 IDE observées lors de la visite. Les pratiques professionnelles sont fondées sur des documents validés et disponibles.

Concernant les actes pour sonde d'échographie trans-oesophagienne, l'activité débute sur l'établissement. Elle représente environ 20 actes par an. La désinfection des sondes est réalisée juste avant l'acte.

Le compte rendu de l'acte endoscopique est inclus dans le logiciel de dossier patient et de prescription médicale de l'établissement pour toutes les disciplines à l'exception des actes d'urologie. Dans cette discipline, les comptes rendus sont au format papier, et conservés au niveau du secrétariat de ce service.

Le carnet de vie est en place, et opérationnel. Il est en partie papier pour les actes, la désinfection et les contrôles bactériologiques, et en partie informatique pour la maintenance curative et préventive.

Les interfaces avec les autres secteurs sont opérationnelles, le nombre de personnes concernées est limité ce qui facilite la communication et la collaboration, à l'exception de l'interface avec l'urologie qui ne souhaite pas s'aligner sur la stratégie générale choisie par l'établissement.

Les projets, bilans, évaluations de cette activité sont présentés en Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN). Cette instance est opérationnelle et se réunit 3 fois par an. Chaque réunion fait l'objet d'un compte rendu.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation périodique de l'activité endoscopique au centre hospitalier de Sarreguemines est centrée sur les prélèvements bactériologiques (endoscopes, eau de rinçage, etc). Ceux-ci sont organisés, planifiés, et effectués régulièrement pour l'ensemble des endoscopes à canal de l'établissement. Les prélèvements et analyses de routine sont réalisés par un prestataire externe. Les contrôles trimestriels des endoscopes stockés en armoire à ambiance maîtrisée, les retours de réparation ainsi que les prélèvements sur endoscope neuf sont réalisés par le personnel de l'établissement et envoyés au prestataire externe pour traitement. Les prélèvements sont réalisés en binôme, incluant un membre du plateau technique conformément aux recommandations de bonnes pratiques.

Un suivi de « l'état d'usure » des endoscopes est fait par le biomédical en s'appuyant sur l'âge de l'endoscope, le nombre de désinfections subies, le nombre de réparations de maintenance subies par l'

appareil.

La check-list est réalisée pour les activités de gastroentérologie et de pneumologie.

Le score de Boston, indiquant la qualité de la préparation du patient est systématiquement indiqué dans les comptes rendus des actes de coloscopie.

L'audit national endoscopie a été réalisé en 2015 pour ce qui est de la partie « tronc commun », prélèvements bactériologiques, et traçabilité. Un plan d'action est en cours pour répondre aux non conformités détectées.

Plusieurs actions d'évaluation existent, dont certaines sont pérennes, sans que le dispositif soit complètement structuré et piloté dans le but d'assurer la maîtrise des risques identifiés et des plans d'actions en cours.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

Plusieurs actions d'amélioration sont en cours autour de l'activité endoscopique au centre hospitalier de Sarreguemines.

Celles-ci portent notamment sur :

- Outil informatique commun d'organisation et de planification des rendez-vous pour toutes les disciplines endoscopiques
- Harmonisation des demandes d'examen avec mise en place d'un formulaire unique
- Blocage des demandes en cas d'absence d'information clinique suffisante notamment le risque de transmission de Maladie de Creutzfeld Jakob
- Identification des bacs de transports sale/propre
- Mise en place du séchage des endoscopes avant stockage en ESET

Les points à améliorer autour de l'activité endoscopique sont identifiés, déclinés en actions d'amélioration inscrits au compte qualité ou dans le plan d'action établi à la suite de l'audit endoscopie de 2015. Ils sont menés en étroite collaboration avec l'équipe d'hygiène hospitalière.

La communication sur les résultats de l'activité endoscopique se fait via le comité de lutte contre les infections nosocomiales.

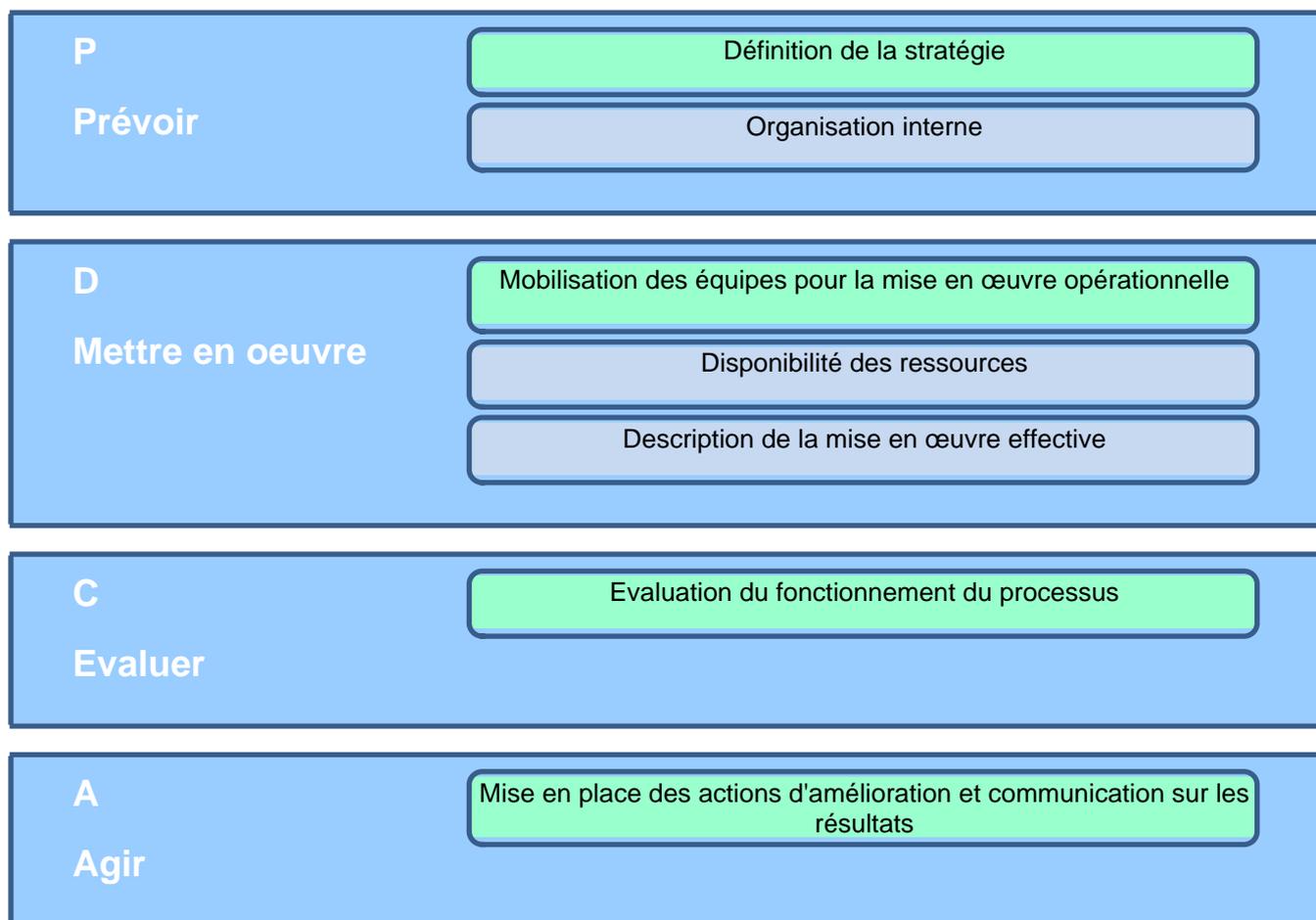
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

1. Caractérisation générale

L'investigation de la thématique « Management de la prise en charge du patient dans les secteurs à risque » vise à évaluer que l'établissement a identifié ses activités à risque afin de développer une démarche de management de la qualité et de gestion des risques visant un rapport optimum bénéfice/risque pour le patient : les dispositions organisationnelles et techniques en lien avec la prise en charge du patient sont définies et mises en place, incluant les vérifications à effectuer au sein de l'équipe pluridisciplinaire concernée, lors de la réalisation des actes critiques, conformément à la réglementation et aux référentiels reconnus. La présente procédure de certification concerne cinq activités à risque : la radiothérapie, la médecine nucléaire, l'endoscopie, le secteur de naissance et la radiologie interventionnelle.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La maternité du centre hospitalier de Sarreguemines est de niveau 1 et réalise entre 800 et 900 naissances par an. Le secteur salle de naissance est constitué d'une salle d'admission, d'une salle d'examen, de deux salles de travail, d'une salle de bains avec baignoire de dilatation, de trois salles d'accouchement, de deux salles de réanimation néonatales. La salle de naissance jouxte le bloc opératoire ce qui permet un accès direct vers une salle du bloc dédiée 24H/24 aux césariennes.

Renforcer le positionnement de la maternité du CH de Sarreguemines dans l'offre de soins de proximité constitue un axe priorisé du projet médical 2016-2020. 3 objectifs y sont déclinés :

- Prendre des initiatives pour élargir le recrutement des patientes : renforcement des consultations avancées, échographies du 1er trimestre, etc.

- Poursuivre le développement des modalités d'accompagnement sur le plan qualitatif (PRADO, préparation à l'accouchement, ...)

- Valoriser l'offre proposée et mettre en place un plan de communication

Les orientations stratégiques prennent en compte le niveau de risque fœto-maternel d'une maternité de niveau 1 et formalisent les collaborations inter-établissements adaptées. L'offre de soins est structurée autour d'un service de 19 lits sur le CH Robert Pax et d'un centre de périnatalité de proximité situé à l'Hôpital Saint-Joseph de Bitche. Le centre hospitalier adhère au réseau régional périnatal de Lorraine, mais également au réseau "bien être en Alsace" de Strasbourg. Une convention est établie avec le CH Forbach pour les transferts niveau II, avec le CHU de NANCY, niveau III de référence. Une convention PRADO est en place avec la CPAM.

Cette stratégie a été validée par la CME en décembre 2015 ainsi que par les instances concernées.

En respectant la méthodologie institutionnelle, une identification, analyse et hiérarchisation des risques avec déclinaison d'un programme d'actions préventives et de surveillance sont réalisées et inscrites au compte qualité. Si ces modalités d'évaluation des risques préconisées par l'établissement ne permettent pas toujours d'avoir une visibilité des risques propres au secteur d'activité, les mesures d'amélioration mises en œuvre correspondent néanmoins bien aux risques réels relevés par les professionnels. Ainsi, des actions prioritaires sur l'hémorragie du post partum et l'hypoxie du nouveau-né ont été identifiées en tenant compte des données sources spécifiques du secteur (Indicateurs nationaux hémorragie du post partum, délai entre décision de césarienne et extraction fœtale en cas de code rouge, analyse et discussions a posteriori des anomalies du RCF, taux de sages-femmes suivant le compagnonnage, analyse des situations en REX/RMM, staffs d'équipe, audit de la SHAM, plaintes, fiches d'événements indésirables, retour d'enquête de satisfaction...).

Ce programme précise, pour chaque action, les modalités de suivi les responsabilités pour chacune des actions, la planification des actions dans des délais fixés dans un échéancier.

Ce programme est présenté annuellement aux instances de l'établissement dont la CDU. Il est intégré au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

Le pilote désigné est le chef de service de la maternité. Une lettre de mission cosignée de la directrice qualité et du président de CME lui a été remise. Une formation à la gestion des risques, à l'analyse de processus incluant la mise en place d'un plan d'actions et des indicateurs, ainsi qu'un accompagnement à l'élaboration du compte qualité ont été réalisés au personnel d'encadrement par la direction QGDR. Cet encadrement a participé aux analyses des processus salle de naissance et parcours de la patiente en gynécologie et obstétrique.

Par ailleurs, le secteur salle de naissance organise des réunions d'équipe permettant d'identifier les situations critiques et de proposer des actions en regard : réunions de service une à deux fois par an, staffs quotidiens entre les médecins et les sages-femmes avec transmission de tous les dossiers et des situations à risque, staffs hebdomadaires du jeudi matin avec le chef de service pour étudier les dossiers à risque, staffs médico-psycho-social toutes les 8 semaines pour assurer la continuité de la prise en charge des patientes de PMI.

Le rôle et les responsabilités des professionnels concernés ou impliqués dans la politique de prise en charge en salle de naissance et sa mise en œuvre sont définis et précisés dans les fiches de poste.

L'organisation (modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, responsabilités, missions, etc.) est formalisée dans un manuel qualité en cours de diffusion, qui décrit la mise à disposition en temps utile :

- des ressources humaines (effectifs normés en personnels aides-soignants et sages-femmes, anesthésistes, obstétriciens et pédiatres joignables 24h/24, plan de formation annuel visant des objectifs prioritaires de formation par rapport au service et par rapport aux objectifs personnels des agents, formation continue de l'équipe obstétricale tous les 2 ans à la réanimation néonatale, formation continue AFGSU, formation des nouveaux arrivants par compagnonnage, doublage des professionnels nouvellement arrivés, participation des sages-femmes et médecins aux congrès, etc.),

- des ressources matérielles (existence d'un plan d'investissement annuel, plan de maintenance préventive, enregistrement monitoring centralisé et accessible en temps réel dans toutes les salles d'accouchements, le bureau de la sage-femme et la salle de détente, kit HPP, tables d'accouchement en place pouvant accueillir des patientes jusqu'à 227kg, acquisition d'un tampon permettant d'harmoniser la traçabilité de l'interprétation du rythme cardiaque fœtal, etc.),
- des locaux (accès sécurisé, proximité immédiate de la salle du bloc opératoire dédiée aux césariennes, etc.)
- de la gestion documentaire (procédures et protocoles de bonnes pratiques intégrés au logiciel QGDR, documents informatifs pour la patiente, etc.).

La gestion des interfaces et des circuits est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels, particulièrement en cas d'urgence obstétricale. Le dossier patient est papier et permet de tracer la surveillance clinique, le partogramme, les prescriptions médicamenteuses et les transmissions infirmières.

La planification des déclenchements et des césariennes non programmées est organisée en concertation avec le régulateur du bloc opératoire. En chirurgie réglée, les césariennes sont programmées sur le planning informatisé et partagé du programme opératoire. En cas de césarienne urgente, un protocole d'appel code rouge est défini.

La coordination entre la maternité et la néonatalogie (médecins, soignants et cadres) est organisée.

En cas de transfert in utero et post natal vers une maternité de niveau 2 ou 3, des protocoles du réseau périnatal Lorrain sont utilisés pour la conduite à tenir, avec utilisation des feuilles de traçabilité de transfert.

Les circuits pharmacie, produits sanguins labiles, matériel médical et non médical, stérilisation, pièces anatomiques et placenta, linge, restauration, déchets sont définis et formalisés dans le manuel qualité.

Le suivi de la maintenance préventive et curative du matériel médical est organisé. Les protocoles d'hygiène transversaux et spécifiques au secteur sont formalisés. Le fonctionnement avec le laboratoire est organisé, en particulier pour le prélèvement du PH au cordon.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La cadre du secteur est informée des actions du PAQSS et de leur suivi en réunion de cadre, où un point qualité est systématiquement réalisé par le coordonnateur des risques associés aux soins. Elle transmet ensuite l'information aux professionnels, via la mise à disposition dans les postes de soins des relevés de conclusions des réunions et transmissions en staffs d'équipe. La mobilisation des cadres et des médecins autour du compte qualité, en particulier concernant la salle de naissance et le parcours gynécologique et obstétrical, est effective. Le PAQSS est consultable dans l'ensemble des services de soins, au moyen du logiciel QGDR. Il est formalisé sous forme de fiches actions informatisées permettant de structurer un programme propre au service et d'en assurer le suivi par les responsables des services.

La direction qualité a déployé des moyens de communication auprès des professionnels concernant le programme d'amélioration qualité sécurité des soins et son évolution (diffusion d'une brochure « les fondamentaux de la démarche processus certification V2014, PAQSS et cartographies des processus accessibles sur le logiciel QGDR). La communication aux professionnels est réalisée par la cadre sage-femme qui organise des réunions de service, un bilan mensuel des staffs quotidiens, un affichage de certaines procédures ou document récemment diffusés, la mise à disposition dans le poste de soins du tableau de bord d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs propres au secteur.

L'encadrement s'assure de la conformité des pratiques au regard des dispositions prévues (respect des procédures, protocoles, consignes et autres mesures...).

Les équipes connaissent les objectifs d'amélioration définis au sein de leur secteur et les mesures à mettre en place pour les atteindre. Elles participent au recueil des IQSS HPP de leur secteur et à la mise en place d'actions d'amélioration en regard (traçabilité renforcée sur le dossier obstétrical, mise en place d'un document spécifique de surveillance suite de couches, évaluation périodique du contenu du dossier).

Les professionnels rencontrés sont informés de l'analyse des points critiques du secteur (participation aux CREX, Staffs, communication de l'encadrement sur les retours de FEI).

Le recueil et l'analyse des événements indésirables est assuré, avec implication des professionnels et organisation de retour d'expérience (CREX ou RMM).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont effectives. Les gardes des médecins sont organisées et le planning des sages-femmes et aides-soignantes respecte les effectifs cibles assurant la sécurité de la prise en charge. Les tableaux de garde des gynécologues obstétriciens, pédiatres, anesthésistes sont affichés.

Une formation de groupe (sage-femme et IADE) à la réanimation néonatale a été réalisée en 2013, renouvelée en août 2016. Pour les manœuvres obstétricales, des formations régulières sur l'utilisation pratique des appareils de réanimation sont assurées pour les sages-femmes/puéricultrices/aides-soignants et auxiliaires puéricultrices ainsi que les pédiatres. Des formations/actions ont été réalisées en 2016 :

- Interprétation et analyse du rythme cardiaque fœtal avec formation continue de toutes les sages-femmes
- Simulation des manœuvres obstétricales sur mannequin : dystocie des épaules et accouchement par le siège (sages-femmes)
- Simulation de la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance présentée par un laboratoire pharmaceutique

Le site d'entraînement à l'analyse du rythme cardiaque fœtal (RCF) pendant le travail (e-RCF groupe hospitalier de Lille) est mis à disposition de l'ensemble des professionnels au bloc obstétrical.

Tout nouvel agent bénéficie d'une sensibilisation à l'utilisation du logiciel QGDR.

La démarche qualité est documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient et organisant la diffusion de la culture qualité / sécurité. Tous les protocoles et procédures en lien avec l'activité du secteur des naissances sont accessibles au niveau du secteur (classeur papier et gestion documentaire informatisée).

Des documents informatifs sont remis aux patientes (Consentement éclairé pour une césarienne, document propre au consentement éclairé donné avant un déclenchement, livret d'accueil spécifique du service en cours de finalisation).

Des groupes de travail sont mis en place pour l'élaboration des protocoles, et l'EOH et les pédiatres sont sollicités pour l'élaboration des protocoles d'hygiène appliqués à la mère et à l'enfant.

Les locaux et équipements sont conformes. Toutes les salles de naissance peuvent être transformées en salle de césarienne en cas de besoin.

Le suivi de la maintenance préventive et curative du matériel médical est assuré.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures actualisées et validées, réglementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues. Les circuits de prise en charge et les interfaces entre secteurs sont opérationnels.

Les urgences obstétricales >22 SA sont assurées par la sage-femme du bloc obstétrical 24h/24. Les anesthésistes, obstétriciens et pédiatres sont joignables 24h/24. Comme l'atteste le patient traceur réalisé en cours de visite, les conduites à tenir sont écrites et signées dans le dossier obstétrical. Les dossiers obstétricaux sont remplis dès le début de la grossesse et accessibles 24h/24 en salle d'accouchement dès que la consultation d'anesthésie est réalisée. Le suivi du travail est consigné sur le partogramme qui est renseigné par les sages-femmes. L'examen de sortie de la salle d'accouchement est effectué par la sage-femme et consigné dans le dossier. Des transmissions ciblées sont notées à la prise de poste (7h30 et 19h30).

En cas d'urgence, la procédure d'appel affichée est connue et mise en œuvre (protocole code rouge et classification de LUCAS).

La régulation des activités afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient est organisée et effective (responsable, suivi, traitement des dysfonctionnements, etc.).

La conduite à tenir en cas d'hémorragie du post partum est connue. Un formulaire de surveillance de l'hémorragie de la délivrance est mis en place et un kit HPP prêt à l'emploi est disponible.

La parturiente peut avoir recours ou non à une anesthésie péridurale ou à une forme non anesthésiante de soulagement de la douleur (Protoxyde d'azote).

En cas de pic d'activité en salle de naissance, une entraide de l'équipe soignante est organisée (aide de la sage-femme de maternité et aide de l'IADE si nécessaire, recours à une sage-femme polyvalente supplémentaire en poste de jour, rappel d'une sage-femme au bloc obstétrical et participation de l'obstétricien de garde à la prise en charge).

Les interfaces entre la salle de naissance et les secteurs cliniques (bloc opératoire, maternité), médicotechniques, techniques et logistiques, administratifs sont opérationnelles.

La réanimation néonatale est assistée si besoin du SAMU néonatal. En cas de transfert de la salle d'accouchement, une copie des pièces du dossier du nouveau né est réalisée. En cas de transfert à partir de la pouponnière, la feuille de liaison infirmière suit le nouveau né. En cas de transferts in utero ou de transferts néonataux, les procédures sont connues, les délais de route sont pris en compte, les appels sont anticipés le plus possible. Un rapprochement de la mère est réalisé dès que possible (J0 à J1).

Le recueil et l'analyse des événements indésirables est assuré, avec implication des professionnels et organisation de retour d'expérience (CREX ou RMM).

Le groupe de pilotage est opérationnel et se réunit à périodicité définie pour suivre le plan d'action du secteur. Les staffs d'équipe quotidiens et hebdomadaires sont en place et font l'objet d'un bilan mensuel.

La traçabilité est opérationnelle incluant les vérifications effectuées (Registres des naissances et décès, transfert in utero et post-natal renseignés, traçabilité des autopsies, des inhumations, check-list d'ouverture de salle d'accouchement quotidienne par les aides-soignants et auxiliaires puéricultrices de la salle d'accouchement, check-list d'ouverture de la salle de réanimation néonatale par les sages-femmes, traçabilité mensuelle de maintenance des chariots d'urgence (mère et enfant) par les sages-femmes, traçabilité mensuelle des péremptions des médicaments dans les armoires à pharmacie, traçabilité quotidienne de la vérification des DM dont dispositif de réanimation, traçabilité des dispositifs médicaux restérilisables avant l'acheminement vers le service de stérilisation, vérification quotidienne des ouvertures de salles et du matériel d'anesthésie pour la prise en charge maternelle par les IADE, contrôles eau/air surface réalisés par l'EOH à périodicité définie, traçabilité de nettoyage des salles d'accouchement

et des salles de pré-travail par les ASH).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le secteur de naissance assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du fonctionnement du processus au moyen de différents outils. Des EPP sont menées : démarche d'évaluation des pratiques sur le thème du rythme cardiaque fœtal, évaluation du délai d'extraction du nouveau-né lors d'une césarienne non programmée, Revue de Morbi Mortalité (RMM), Comité de Retour d'Expérience (CREX), suivi des IQSS hémorragie du post-partum (HPP).

Un tableau d'indicateurs annuel quantitatif et qualitatif est suivi et accessible aux professionnels (nombre de naissances et d'accouchements, nombre de voies basses sans anesthésie péridurale, nombre de voies basses avec anesthésie péridurale, nombre de grossesses gémellaires, nombre de césariennes, nombre d'extractions instrumentales, nombre d'épisiotomies, nombre de déchirures, nombre de révisions utérines, nombre de délivrances artificielles, nombre d'HPP, nombre de nouveau-nés transférés, nombre d'enfants nés sans vie, nombre de transferts in utero, analyse de l'activité sage femme par les actes enregistrés, etc.).

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

La stratégie de prise en charge en salle de naissance et son programme d'actions sont réajustés en fonction des résultats des évaluations et indicateurs.

Des actions d'amélioration sont programmées et mises en œuvre de manière coordonnée et structurée au regard des résultats obtenus (exemple : rédaction du manuel qualité du secteur, mise en place d'un tampon rcf, formalisation du protocole code rouge, mise en place du e-Learning rcf, élaboration et suivi d'un tableau de bord d'indicateurs, etc.).

Ces actions d'amélioration sont intégrées au programme global qualité et gestion des risques.

La direction QGDR intervient de façon régulière lors de publications dans les journaux internes, sur le site intranet, et en réunion des cadres, où elle relaye, promeut, et communique sur toutes les actions concourant à la mise en œuvre des démarches de certification, des EPP, REX, des campagnes de recueil des IQSS et autres indicateurs. La CDU est informée des résultats des évaluations et des actions conduites.

Les résultats des indicateurs nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels concernés et aux usagers via le site internet, le livret d'accueil et un affichage dans le hall de l'établissement.

GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer de l'existence, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la qualité et la sécurité des équipements et produits médicaux et non médicaux mis à disposition au domicile du patient par l'HAD.

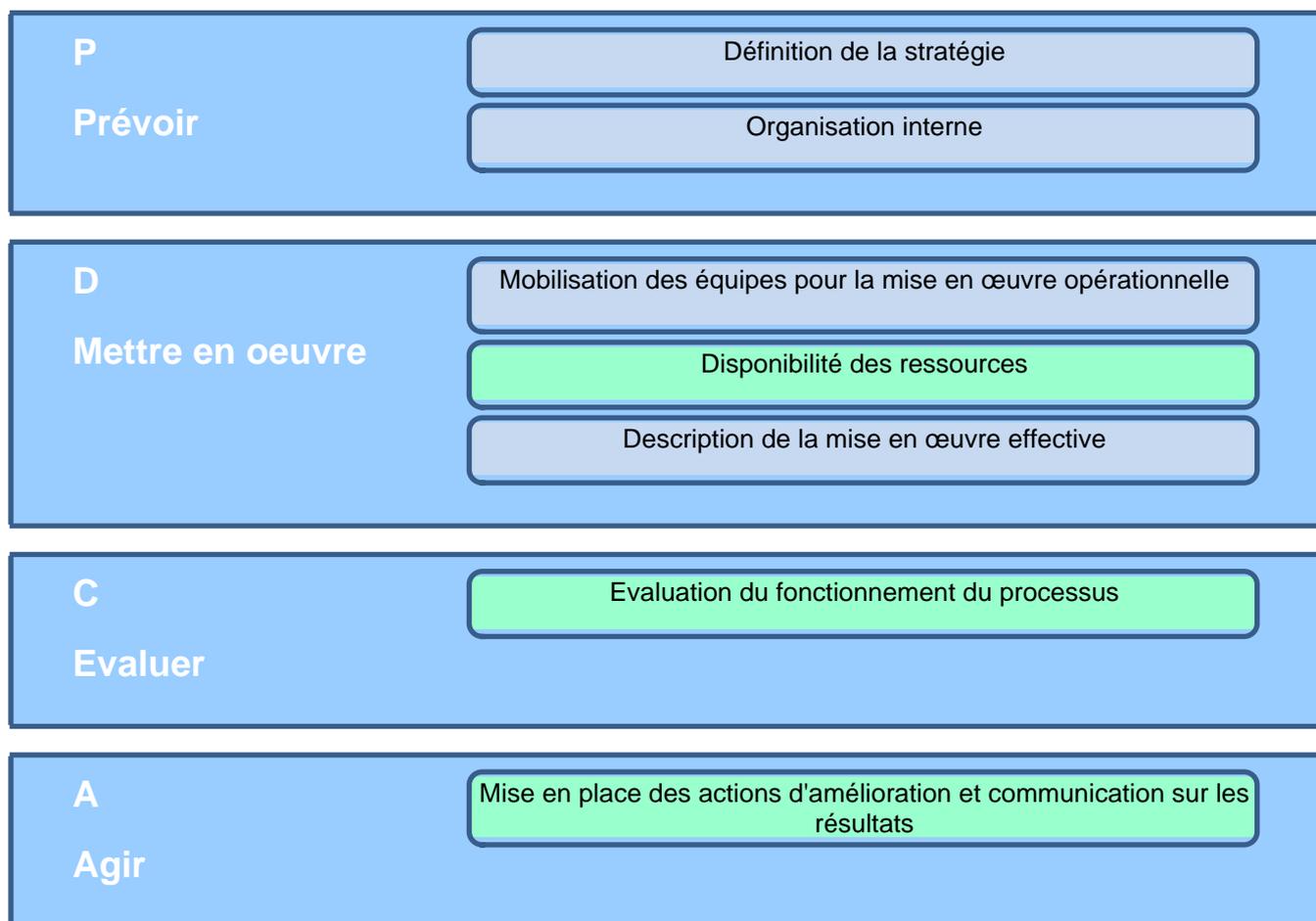
C'est un élément essentiel de la qualité de la prise en charge du patient à son domicile. Le bon matériel et le bon dispositif doivent parvenir au bon patient en temps utile et conformément à la commande.

Les équipements et produits concernés sont :

- le matériel d'assistance respiratoire, de perfusion, de nutrition, le matériel utilisé dans les techniques de pression négative ;
- les dispositifs médicaux stériles et non stériles, y compris le matériel dit "hôtelier" (par exemple le lit).

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier Robert PAX s'est engagé dans une démarche ayant pour objectif de fluidifier le parcours patient en élargissant son activité aux alternatives à l'hospitalisation et pour cela a, entre autre, inauguré, en novembre 2013, une HAD avec pour l'objectif une montée en charge progressive jusqu'à 30 places. Cet engagement formalisé dans le projet médical 2016-2020 dans la troisième orientation de son axe 2 avec pour objectif « Conforter et renforcer l'offre de soins de proximité » se retrouve décliné dans une fiche projet qui ambitionne de " faire de l'HAD une prise en charge polyvalente et mieux identifiée par les prescripteurs ». La politique de gestion des équipements en matériel médico-hôtelier, en matériel biomédical s'appuie sur une convention de partenariat passé avec un prestataire selon un cahier des charges spécifiques : matériel médical et consommables, mobilier médical et fourniture, oxygénothérapie et aspiration. Concernant les médicaments, l'approvisionnement est assuré par la PUI de l'hôpital Robert Pax. La prise en charge du circuit des DASRI est aussi assuré par les services logistiques de l'hôpital. Suivant la méthodologie institutionnelle une cartographie a été établie en fonction du parcours patient. Les risques inhérents à la gestion des équipements ont été identifiés et maîtrisés et intégrés dans le compte qualité. Un plan d'action a été élaboré et vient compléter le programme d'actions institutionnel afin d'en assurer le suivi.

ORGANISATION INTERNE

La thématique « gestion des équipements logistiques et produits au domicile du patient » a été traitée dans le cadre plus large du parcours patient par le pilote désigné à cet effet. Sa désignation a été formalisée par un courrier par une lettre de mission en date du 8 février 2016 signée du président de la CME et de la directrice adjointe en charge de la qualité et du système d'information. Le Centre Hospitalier Robert PAX a établi une organisation en tenant compte de la spécificité de cette activité, de ses besoins et de ses risques et de la configuration du territoire. Pour cela il doit recourir à l'emploi de professionnels libéraux et un prestataire permettant ainsi de garantir la mise à disposition en temps utile des compétences humaines, des équipements et produits au domicile. Des astreintes sont en place pour les IDE de l'HAD (19h30-7h30). Dans le cadre de la collaboration avec les intervenants libéraux, le CH fournit le matériel nécessaire à la prise en charge, et dispense les formations nécessaires. Certains soins ne sont cependant pas réalisés par les libéraux (ex : PCA, picc line, mise en place et retrait d'aiguille de Huber). Les recommandations en hygiène sont mis à disposition des proches et des intervenants, au domicile du patient. Les règles et les modalités de stockage des produits sont définies. Une organisation permet de garantir un approvisionnement en urgence et des interventions en cas de panne ou de dysfonctionnement. Pour les équipements et les matériels, les contrats de service conclus avec le prestataire précisent ses obligations d'intervention et de remplacement des produits et équipements 24h/24 et 7 jours /7. Pour les médicaments, la PUI de l'hôpital Robert Pax assure une astreinte 24h/24, 7j/7. Les infirmières libérales qui viennent au domicile ainsi que le patient et son entourage disposent des numéros de téléphone des intervenants susceptibles d'assurer une intervention technique les nuits et les week-end. Ces informations ainsi que les protocoles de prise en charge du patient sont regroupés dans un classeur laissé chez le patient. Les documents nécessaires à la prise en charge sont mis à disposition de la famille et des professionnels au domicile du patient. La gestion des interfaces est organisée par le médecin coordonnateur, l'IDE de coordination et du cadre de santé vis à vis du médecin traitant, des infirmiers libéraux, des prestataires, du patient et de son entourage.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le médecin coordonnateur et la cadre de santé s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et notamment aux procédures, protocoles et consignes. Ils favorisent l'implication et l'appropriation de la démarche auprès des professionnels libéraux intervenant au chevet des patients notamment par une sensibilisation et information sur les pratiques et les risques et la mise à disposition au domicile du patient d'un classeur contenant les protocoles et procédures à mettre en œuvre. Le développement récent de cette activité au sein du centre hospitalier Robert PAX, l'augmentation régulière de la file active des patients et les perspectives futures de développement contribuent à mobiliser l'équipe soignante qui s'identifie à ce projet.

L'élaboration de la cartographie des risques inhérents à cette activité a permis aux professionnels de sécuriser la gestion des équipements logistiques et produits au domicile du patient.
Le recueil et l'analyse des événements indésirables relatifs à ce processus sont effectifs. Un document est disponible au domicile du patient. Des actions correctives sont identifiées et mises en place en cas de besoin.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Ce service d'HAD dispose d'un médecin coordonnateur, d'une cadre de santé, d'IDE, d'une secrétaire, d'une assistante sociale. Une diététicienne, un psychologue et un kinésithérapeute peuvent être mobilisés à la demande. La spécificité de cette activité et la configuration du territoire imposent au centre hospitalier Robert PAX de recourir à l'emploi de professionnels libéraux.

Le personnel d'encadrement de ce service forme ces professionnels à l'hygiène inhérente à cette prise en charge du patient à domicile. La nuit, les week-end et jours fériés, une astreinte est assurée par les IDE de l'HAD et la PUI pour les médicaments.

La documentation nécessaire à la gestion de situations spécifiques est mise à disposition du personnel et de la famille au domicile du patient.

Le centre hospitalier de Sarreguemines accompagne le développement de l'activité d'hospitalisation à domicile en adaptant les moyens mis à la disposition.

Un temps dédié pour l'organisation de coordination IDE a récemment été mis en place.

Le parc automobile est en cours d'adaptation. Un contrat de location-vente de véhicule est en cours de souscription pour renouveler le parc automobile.

Un marché public de mise à disposition de matériel a été contracté avec un prestataire. Il permet la mise à disposition en temps utile des équipements bio médicaux et hôtelier sur le lieu de prise en charge. Il prend en compte l'éventuelle présence antérieure de matériel mis à disposition par un autre prestataire.

La gestion des PCA est exclusivement réalisée par les IDE de l'HAD.

L'approvisionnement en produits et l'évacuation des DASRI est assuré à minima une fois par semaine par l'infirmier. Le personnel d'astreinte assure les approvisionnements en urgence.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels mettent en œuvre les organisations prévues conformément à la procédure « Gestion des équipements et produits en HAD ».

Lorsqu'une admission est prononcée par le médecin coordonnateur, l'infirmier de l'HAD procède à une évaluation au domicile et des besoins en équipements et produits. Il réalise un entretien avec les aidants et déclenche les approvisionnements nécessaires. Un courrier est envoyé au médecin traitant comportant le projet thérapeutique proposé.

Cette évaluation est révisée lors de la prise en charge effective du patient et tout au long de son hospitalisation. Si des faits marquants se produisent dans la prise en charge, le médecin traitant en est informé par un courrier.

Un formulaire intégré au dossier patient permet d'assurer la traçabilité de l'installation et du retrait du matériel au domicile du patient. Les commandes de matériel sont réalisées à partir d'une évaluation initiale à l'aide d'une liste préétablie et assurées par le prestataire en convention avec l'HAD. En cas de prestataire autre et de matériels déjà en place, le choix du patient est respecté.

Tout au long de l'hospitalisation, c'est un infirmier de l'HAD qui réalise une réévaluation hebdomadaire et procède aux livraisons nécessaires.

Un formulaire type permet la traçabilité de l'installation et du retrait du matériel au domicile du patient, il est intégré dans le dossier patient au domicile. Les IDE de l'HAD s'assurent que le matériel livré par le prestataire correspond à la commande formulée, avec rapprochement des documents de commande et de livraison. Ces vérifications sont assurées au domicile et des ajustements sont faits en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient. L'approvisionnement au domicile est assuré par les professionnels de l'HAD selon les procédures définies. La convention passée avec le prestataire mentionne la prise en charge en urgence, la maintenance préventive et curative. La sortie et le retour des matériels sont organisés avec le prestataire concerné (nettoyage, remise en état) ainsi que la récupération des déchets notamment de soins (DASRI) avec un enlèvement au domicile du patient toute les semaines.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation de ce processus se fonde sur le suivi des tableaux de bord tenus par l'encadrement et sur l'exploitation des fiches de déclaration d'événements indésirables.

Un questionnaire de satisfaction du patient vient d'être élaboré. Il est en cours d'évaluation avec mise en oeuvre.

Les différents processus logistiques sont évalués, en particulier le service rendu par le prestataire des équipements à domicile qui est évalué annuellement et des actions d'améliorations sont mises en oeuvre.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

Des plans d'actions sont mis en place en fonction des résultats des évaluations.